UNIVERSITE DE PARIS

C.H.U DE CRETEIL

ANNEE 1972

N° 65

THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE D O C T E U R E N M E D E C I N E

SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PAR YVES CLAUDE STAVY né le 10 Août 1947 à Bois-Colombes

TITRE

L'HOSPITALISATION DU SUJET AGE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE OU LE TRIPLE REJET DU VIEILLARD

Président de Thèse P' A. BOURGUIGNON

UNIVERSITE DE PARIS

C.H.U DE CRETEIL

ANNEE 1972 N°

THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE D O C T E U R E N M E D E C I N E

SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PAR YVES CLAUDE STAVY né le 10 Août 1947 à Bois-Colombes

TITRE

L'HOSPITALISATION DU SUJET AGE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE OU LE TRIPLE REJET DU VIEILLARD

Président de Thèse P' A. BOURGUIGNON

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A CLAUDE, ma femme.

A mes futurs enfants.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552727_0007

A mes Parents.

A mes Beaux-Parents.

A toute ma famille.

A tous ceux qui me sont chers.

A monsieur le Professeur A. BOURGUIGNON

qui a bien voulu présider cette Thèse.

A tous les Maîtres qui me jugent.

A mes Maîtres :

. Monsieur le Docteur P. DE GRACIANSKY
. Monsieur le Professeur DEBEYRE
. Monsieur le Docteur R. VIGUIE
. Monsieur le Professeur J.BERNARD
. Monsieur le Professeur R. HOUDART
. Monsieur le Professeur J.P.- CARON

. Monsieur le Professeur C. LAUNAY
. Mademoiselle le Docteur BARE
. Madame le Docteur BERLING-SARRADIN

A Monsieur le Professeur C. LAFAIX

Aux Vieillards du Centre des Murets,

sur le dos desquels cette thèse est faite.

Aux Laboratoires pharmaceutiques

qui, par l'intermédiaire de leurs comprimés, nous ont si souvent permis de croire que nous ne rejetions pas le vieillard.

A toute l'Equipe Soignante des Pavillons "Ile de France-Périgord",

complice de notre rejet.

A TOUS LES FUTURS VIEILLARDS.

I. INTRODUCTION

CERTIFICATS D'HOSPITALISATION D'UNE FEMME DE 65 ANS

POURQUOI CET AGE-CLE DE 65 ANS

QUELLE EST LA PROPORTION DES PLUS DE 65 ANS DANS NOTRE SERVICE ?

LES TROIS PHASES DE NOTRE ETUDE

MME REI ... CERTIFICATS D'HOSPITALISATION. TEXTE INTEGRAL.

CERTIFICAT D'ADMISSION

"Dame de 65 ans, veuve, vivant totalement seule. Bonne orientation dans le temps et l'espace. Troubles mineurs du comportement et surtout impossibilité croissante de vivre seule."

CERTIFICAT DE QUINZAINE

"Mauvaise adaptation à la vie hospitalière avec revendication d'un retour chez elle ; retour rendu impossible, plus par l'isolement de la malade que par les troubles du comportement. Etat physique satisfaisant. Conservation de l'orientation temporospatiale. Il faudrait essayer d'envisager un placement en maison de retraite."

un an après :

CERTIFICAT ANNUEL

"Bonne orientation temporospatiale. Disparition des troubles du caractère. Tentative d'adaptation dans la vie hospitalière. Etat physique satisfaisant. Absence totale de famille. Il faudrait à tout prix envisager un placement en maison de retraite."

un an après :

CERTIFICAT ANNUEL

"Détérioration psychique progressive faisant craindre une évolution démentielle rapide."

CERTIFICAT DE DECES

"Evolution terminale cachectique."

Il ne s'agit pas là d'une observation médicale de quelque hospice obscur, mais des certificats d'entrée, de quinzaine, deux fois annuels ... et de décès, d'une femme admise à l'âge de 65 ans dans un Centre psychothérapeutique renommé de la région parisienne.(1)

Peut-être posent-ils mieux que de longs discours, le problème des motifs d'hospitalisation des sujets âgés dans un Hôpital psychiatrique.

Le travail que nous avons entrepris, a porté sur tous les "malades" de plus de 65 ans, hospitalisés dans notre Service(2) entre le ler Janvier 1971 et le 31 Juin 1972 (18 mois).

POURQUOI CET AGE-CLE DE 65 ANS ?

Certes, la classification de l'O.M.S. différencie :

. les "personnes âgées", de 60 à 74 ans,
. les "vieillards", de 75 à 89 ans,
. puis les "grands vieillards".

Ces grandes étapes reflètent bien le caractère progressif de la transformation d'un individu, mais ne tiennent pas compte de la "cassure" que représente la perte des activités professionnelles, et du symbole qu'elle signifie, aussi bien pour l'intéressé, que pour ses proches.

QUELLE EST LA PROPORTION DES GENS DE PLUS DE 65 ANS DANS LE SERVICE ?

Dans cet intervalle d'un an et demi, 129 personnes de 18 à 94 ans ont été hospitalisées.
42 avaient plus de 65 ans, et se répartissaient entre 15 hommes et 27 femmes.

(1) Centre psychothérapique des Murets - 94 La Queue en Brie.
(2) Service de Melle Baré - Pavillon Ile de France - Périgord.

Ainsi, plus d'une personne sur trois hospitalisées est âgée d'au moins 65 ans.

Il ne nous a pas été possible de comparer ces chiffres à ceux du secteur dont dépend le service : bien des vieillards en effet, actuellement hospitalisés, n'y appartiennent pas.

Toutefois, au niveau national, le recensement de 1968 dénombrait 231 personnes de 65 ans et plus, pour 1000 sujets ayant entre 20 et 64 ans, c'est-à-dire un retraité pour 5 personnes actives.

Là encore, on retrouve près de 2 femmes pour 1 homme (2.556.000 hommes pour 4.123.000 femmes).

	population totale des + de 20 ans	+ de 65 ans	% des + de 65 ans
dans le service	129	42	32,5 %
dans le pays (recensement 1968)	33.478.820	6.680.000	20 %

On peut se demander si la raison de cet écart de pourcentage des plus de 65 ans entre l'Hôpital psychiatrique et la population dans son ensemble, est liée non pas tant à la fréquence des troubles psychiatriques chez le vieillard, qu'à celle du "rejet" de ce dernier par une société ne supportant pas d'avoir devant ses yeux l'image de ce qu'elle redoute pour elle-même.

C'est ce que nous avons tenté de montrer.

NOUS AVONS ETUDIE CE REJET EN TROIS PHASES :

1° - L'ADMISSION DU VIEILLARD

Une classification arbitraire en trois groupes d'admission a été adoptée :

- "admission optimiste"
- "charge intolérable pour l'entourage"
- "besoins de base insuffisants".

Nous avons comparé dans les trois groupes :

- les symptômes psychiatriques et non psychiatriques,
- le "demandeur" de l'hospitalisation,
- le milieu social et familial quitté par le vieillard,
- le placement du vieillard (d'office, volontaire, libre),
- l'âge et les antécédents du sujet,
- l'époque de l'admission.

Cette étude nous a permis de poser le problème des raisons-écran de l'admission, cachant le premier rejet du vieillard.

2° - LE PROFIL DU VIEILLARD EN COURS D'HOSPITALISATION

(fin du troisième mois)

- qui reste à l'Hôpital au bout de trois mois ?
- le profil psychiatrique et médical n'est-il pas pourtant bien souvent amélioré ?
- quelle est la fréquence des visites reçues par le vieillard ? Qui visite qui ?

Autant de questions étudiées en fonction des trois groupes d'admission qui amèneront à nous demander si une "hospitalisation-rejet" ne fait pas suite à l'"admission-rejet".

3° - LE BILAN DE L'HOSPITALISATION

. l'importance des symptômes psychiatriques et non psychiatriques rencontrés au bout d'un an d'hospitalisation,
. les causes des décès,
nous font poser le problème de l'hospitalisme du sujet âgé.

Réduit à une panoplie descriptive de symptômes "négatifs", coupé de son passé, hospitalisé pour "vice de forme" par la Société, le vieillard est rejeté une troisième fois : par l'Hôpital.

En fait, les relations :

. vieillard/Equipe soignante,
. vieillard/autres pensionnaires,
. vieillard/autres vieillards,

ne constituent-elles pas un rejet identique à celui de l'entourage primitif du sujet âgé :

LE REJET DE NOTRE PROPRE VIEILLESSE ?

II. PROFIL DE L'ADMISSION DU VIEILLARD OU LE 1er REJET.

I.- CLASSIFICATION EN 3 GROUPES :

. admission "optimiste",
. "charge intolérable pour l'entourage",
. "besoins de base insuffisants".

II.- EXAMEN D'ENTREE

étude comparée des 3 groupes d'admission

III.- QUI DEMANDE L'HOSPITALISATION ?

étude comparée des 3 groupes d'admission

IV.- LE MILIEU QUE QUITTE LE VIEILLARD

étude comparée des 3 groupes d'admission

V.- QUEL EST LE PLACEMENT DU VIEILLARD ? (PO.PV.SL)

étude comparée des 3 groupes d'admission

VI.- AGE ET ANTECEDENTS DU VIEILLARD ADMIS

étude comparée des 3 groupes d'admission

I.- ESSAI DE CLASSIFICATION DES ADMISSIONS EN 3 GROUPES

1.- *Principe*

Chaque sujet âgé admis dans le Service a été interrogé, examiné. Un entretien avec la personne demandant l'hospitalisation a systématiquement complété notre étude.

Au terme de cette double enquête, nous nous sommes posés trois questions :

a) S'agit-il d'une admission "optimiste" ?

Dans ce groupe, nous avons réuni les sujets qui vraisemblablement pourraient retourner chez eux au bout de trois mois.

- l'état du malade ne devait donc pas être désespéré. Il pouvait s'agir d'une urgence psychiatrique ou pas.
- le retour au foyer devait être possible, tant sur le plan financier que sur le plan humain ; l'entourage du vieillard acceptant de reprendre l'aide apportée antérieurement.

Lorsque la personne n'entrait pas dans ce groupe, la deuxième question était posée :

b) S'agit-il d'une admission du fait d'une charge intolérable pour l'entourage ?

Dans ce groupe, nous avons réuni les vieillards, qui, au dire de l'entourage, menaçaient leur bien-être moral ou physique, au point de ne pouvoir s'engager à reprendre dans un bref délai le sujet âgé.

Lorsque le vieillard n'entrait pas dans ce groupe, la troisième question était posée :

c) S'agit-il d'une admission du fait de besoins de base insuffisants ?

Nous y avons réuni les vieillards qui livrés à eux-mêmes, manquaient :

. de besoins de base matériels,
. ou d'"entourage",
. ou les deux.

2.- *Résultats*

a) Les admissions "optimistes" (groupe a)
sont au nombre de 11 ; elles représentent 26 % du total des admissions des vieillards.

Cette proportion,en fait, est encore trop "optimiste" : nous y reviendrons lors du bilan du troisième mois d'hospitalisation (IIIème CHAPITRE). Il est à noter, que l'on compte 6 hommes pour 5 femmes. On peut se demander si la proportion relativement élevée des hommes dans le groupe a , n'est pas liée à la présence plus fréquente du conjoint. Nous y reviendrons également.

b) Les"charges intolérables pour l'entourage" (groupe b)
représentent 15 cas, soit près de 36 % des vieillards hospitalisés.

Ce pourcentage est par contre en dessous de la réalité : lors du bilan du troisième mois d'hospitalisation, la prévision se verra grossie d'un certain nombre de cas classés initialement dans le groupe a . Parmi ces 15 cas, nous trouvons 11 femmes, ainsi largement majoritaires dans ce groupe.

c) Les admissions pour "besoins de base insuffisants" (groupe c) représentent 16 cas, soit 38 % des vieillards hospitalisés.

Là encore, la proportion des femmes est supérieure à celle qui est retrouvée pour l'ensemble des 42 vieillards (11 femmes ; 5 hommes).

3.- Conclusion

Dès l'admission, 3/4 des vieillards hospitalisés se présentent comme des cas complexes où s'intégrent de graves problèmes sociaux et psychologiques :

. du fait de la démission de l'entourage (gr. b : 36 %)
. ou de son absence (gr. c : 38 %).

Dans le groupe a ("optimiste"), ne représentant qu'un quart des admissions, la proportion des hommes est particulièrement élevée.

	Nb. total	%	Nb femmes	Nb hommes
gr. a ("optimiste")	11	26%	5	6
gr. b ("charge pour l'entourage")	15	36%	11	4
gr. c ("besoins de base insuff.)	16	38%	11	5
TOTAL	42	100%	27	15

	% femmes	% hommes	total
gr. a	45 %	55 %	100 %
gr. b	73 %	27 %	100 %
gr. c	69 %	31 %	100 %
TOTAL	64 %	36 %	100 %

Les trois groupes d'admission.

II.- L'EXAMEN D'ENTREE : étude des symptômes en fonction des 3 groupes d'admission.

1.- Principe

Sur chacun des vieillards admis, nous avons systématiquement recherché un certain nombre de symptômes, psychiatriques et non psychiatriques.

Les symptômes choisis sont :

troubles psychiatriques
- état dépressif et anxiété,
- agitation,
- désorientation temporospatiale,
- détérioration mentale (1)
- fabulation,
- hallucination,
- psychose délirante chronique,
- autre trouble psychiatrique.

troubles non psychiatriques
- troubles sphinctériens,
- chutes,
- troubles cardiorespiratoires importants,
- troubles moteurs,
- autres troubles non psychiatriques.

---

(1) Nous avons de beaucoup préféré le terme de détérioration mentale à celui de "démence", qui doit être réservé à un affaiblissement massif et terminal.
Seule, l'épreuve du temps permet de conclure pour ce dernier diagnostic, lourd de conséquences.

2.- *Résultats*

a) deux symptômes psychiatriques : ETAT DEPRESSIF ET DESORIENTATION TEMPOROSPATIALE sont fréquemment retrouvés à l'admission, quelque soit le groupe considéré.
Il est probable que le traumatisme psychologique représenté par l'hospitalisation n'est pas étranger à cette fréquence.

b) l'AGITATION est un symptôme propre aux admissions "optimistes" (82 %).

c) Le groupe b d'admission se caractérise :

. par la fréquence d'une DETERIORATION MENTALE (40 %)
. par la fréquence . des troubles sphinctériens (60 %)
. des chutes (67 %)
. des troubles moteurs (67 %).

d) Le nombre des symptômes psychiatriques puis non psychiatriques, retrouvé dans chaque groupe a été riche de significations :

. 54 % des admissions "optimistes" (gr. a), présentent 4 symptômes psychiatriques ou plus ;
. 94 % des admissions du groupe b ("charge intolérable pour l'entourage") ne présentent qu'un, deux ou PAS de symptômes psychiatriques ;

Par contre, . 47 % ont quatre symptômes médicaux ou plus.

3.- *Conclusion*

L'étude systématique de symptômes psychiatriques puis médicaux, différencie nettement les trois groupes d'admission :
. Le groupe a est hospitalisé pour des raisons psychiatriques.
. Le groupe b , pour des raisons que nous nommerons pudiquement pour le moment : médicales.

. Quant au groupe c , le motif d'hospitalisation apparaît d'emblée ni véritablement psychiatrique, ni véritablement médical. L'étiologie sociale à laquelle nous pensons tout naturellement apparaîtra plus franchement lors de l'enquête que nous avons menée en ce sens.

Nous voudrions terminer par une mise au point concernant la "détérioration mentale" du vieillard.

Ce n'est pas sans réticence que nous parlons de ce "symptôme" à l'admission car il nous manque la notion capitale de l' EVOLUTION, du RECUL.

On peut se demander quelle est la signification de ce "diagnostic", si fréquemment évoqué par l'entourage que nous ne pouvions l'ignorer, posé fréquemment dans le groupe b qui apparaît pourtant bien moins "psychiatrique" que le groupe a .

Singulier parallélisme entre cette question et une constatation : la Gérontopsychiatrie a vu longtemps sa pathologie confondue avec le seul chapitre des démences, dont la classification monolithique n'avait d'égale que le caractère contemplatif de sa thérapeutique.

La personne âgée ne nous a-t-elle pas été décrite par l'entourage comme celui-ci voudrait qu'elle fût ?

Etude des symptômes dans les trois groupes d'admission

Symptômes psychiatriques	Groupe a Nb	Groupe a %	Groupe b Nb	Groupe b %	Groupe c Nb	Groupe c %
Etat dépressif et anxiété	8	73 %	6	40 %	4	25 %
Agitation	9	82 %	4	27 %	3	19 %
Désorientation temp. spatiale	8	73 %	7	47 %	7	44 %
Détérioration mentale	2	18 %	6	40 %	4	25 %
Fabulation	5	45 %	4	27 %	2	12 %
Hallucination	4	36 %	1	7 %	0	0 %
Psychose délirante	0	0 %	1	7 %	0	0 %
Autre trouble psychiatrique	2	18 %	0	0 %	0	0 %

Symptômes non psychiatriques	Groupe a Nb	Groupe a %	Groupe b Nb	Groupe b %	Groupe c Nb	Groupe c %
Tr. sphinctér.	2	18 %	9	60 %	2	12 %
Tr. cardio-resp importants	1	9 %	4	27 %	1	6 %
Chutes	0	0 %	10	67 %	2	12 %
Tr. moteurs	0	0 %	10	67 %	1	6 %
Autre tr. non psychiatriques	1	9 %	7	47 %	2	12 %

Nb. de sympt. psychiatriques	Groupe a		Groupe b		Groupe c	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
0 ou 1	1	9 %	2	14 %	10	64 %
2	2	8 %	12	80 %	5	31 %
3	2	8 %	1	7 %	1	6 %
4 & +	6	54 %	0	0 %	0	0 %
T O T A L	11	99 %*	15	101 %*	16	101 %*

Nb. sympt. non psychiatriques	Groupe a		Groupe b		Groupe c	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
0 ou 1	9	82 %	2	14 %	9	56 %
2	2	18 %	2	14 %	4	25 %
3	0	0 %	4	27 %	1	6 %
4 & +	0	0 %	7	47 %	2	12 %
T O T A L	11	100 %	15	102 %*	16	99 %*

* chaque pourcentage est calculé à 1 % près.

Nombre des symptômes (psy. et non psy.) en fonction des 3 Groupes

III.- QUI DEMANDE L'HOSPITALISATION ?

1.- Principe

Nous avons retenu cinq "demandeurs" de l'hospitalisation du vieillard :

. le conjoint,
. l'enfant,
. un autre membre de la famille ou un ami intime,
. la maison de retraite,
. le voisin, une "connaissance", ou le médecin sans intermédiaire, ou encore l'Hôpital général.

Nous avons cherché à savoir :

a) qui demandait l'hospitalisation sur l'ensemble des 42 vieillards.
b) qui demandait l'hospitalisation dans chaque groupe d'admission.
c) si le sexe du sujet avait un rapport avec son groupe d'admission.
d) si l'âge du "demandeur" avait, dans un groupe d'admission donné, une importance.

2.- Résultats

a) sur l'ensemble des 42 vieillards hospitalisés

l'admission a été demandée par :

. le conjoint ..... 8 fois (19 %)
. l'enfant ..... 9 fois (21 %)

. un autre membre de la famille, un ami ..... 11 fois (26 %)
. la maison de retraite ..... 6 fois (14 %)
. le voisin, une "connaissance", le médecin sans intermédiaire, l'hôpital de médecine.. 8 fois (19 %)

Les cinq classes de "demandeurs" sont ainsi grossièrement comparables.

En fait, l'intérêt de cette étude réside dans la confrontation du demandeur et du type d'admission :

b) Si l'on étudie chaque groupe séparément,

on constate, en effet,

. que dans les admissions "optimistes" (gr. a)
le "demandeur" est généralement le conjoint (46 %)

. que dans le groupe:"charge intolérable pour l'entourage" (gr. b)
le"demandeur" est l'enfant (40 %) ou la maison de retraite (27 %)

. que dans le groupe : "besoins de base insuffisants" (gr. c)
le"demandeur" est l'ami (44 %), ou le voisin (50 %).

c) L'importance du sexe du vieillard hospitalisé nous est apparue non négligeable.

. Nous avons déjà constaté que le groupe a comprenait 55 % d'hommes, tandis-que le groupe b n'en comprenait que 27 % .

. Comparons le sexe du vieillard en fonction du "demandeur" :

- Lorsque le "demandeur" est le conjoint,
  le vieillard hospitalisé est un homme, 5 fois sur 8
  (gr. a : 3/5)
  (gr. c : 1/1).
- Lorsque le demandeur est l'enfant,
  le vieillard hospitalisé est un homme, 2 fois sur 3
  (gr. a)
  une femme, 2 fois sur 3
  (gr. b)
- Lorsque le demandeur est la maison de retraite,
  le vieillard hospitalisé est un homme, 1 fois sur 2
  (gr. a)
  une femme, 3 fois sur 4
  (gr. b)

d) Quant à l'âge du "demandeur" notre étude s'est bornée au conjoint et à l'enfant.

- Lorsque le "demandeur" est le conjoint,
  celui-ci a 4 fois sur 5 le même âge que le vieillard hospitalisé dans le groupe a (avec une marge totale de 5 ans).

  Dans le groupe b ("charge intolérable"), 2 cas seulement, l'âge réel et surtout physiologique du conjoint nous ont semblé fort significatifs :
  différence de 7 ans dans un cas ;
  différence de 5 ans avec une différence physiologique nettement plus grande, dans l'autre cas.

- Lorsque le "demandeur" est l'enfant,
  l'âge de ce dernier n'a pas semblé jouer dans le type d'admission du vieillard.

· Comparons le sexe du vieillard en fonction du "demandeur" :

- Lorsque le "demandeur" est le conjoint,
  le vieillard hospitalisé est un homme, 5 fois sur 8
  (gr. a : 3/5)
  (gr. c : 1/1).
- Lorsque le demandeur est l'enfant,
  le vieillard hospitalisé est un homme, 2 fois sur 3
  (gr. a)
  une femme, 2 fois sur 3
  (gr. b)
- Lorsque le demandeur est la maison de retraite,
  le vieillard hospitalisé est un homme, 1 fois sur 2
  (gr. a)
  une femme, 3 fois sur 4
  (gr. b)

d) Quant à l'âge du "demandeur" notre étude s'est bornée au conjoint et à l'enfant.

- Lorsque le "demandeur" est le conjoint,
  celui-ci a 4 fois sur 5 le même âge que le vieillard hospitalisé dans le groupe a (avec une marge totale de 5 ans).

  Dans le groupe b ("charge intolérable"), 2 cas seulement, l'âge réel et surtout physiologique du conjoint nous ont semblé fort significatifs :
  différence de 7 ans dans un cas ;
  différence de 5 ans avec une différence physiologique nettement plus grande, dans l'autre cas.

- Lorsque le "demandeur" est l'enfant,
  l'âge de ce dernier n'a pas semblé jouer dans le type d'admission du vieillard.

3.- Conclusion

a) Il existe un rapport certain entre le type de l'admission et celui du"demandeur" :
   . admission "optimiste" - demandeur "conjoint"
   . "charge intolérable" - demandeur "enfant" ou "maison de retraite"
   . "besoins de base insuffisants" - demandeur "ami, voisin, hôpital général".

   La relation "charge intolérable" - maison de retraite fait pressentir la difficulté rencontrée pour obtenir le retour d'un vieillard en maison de retraite.

   La relation "charge intolérable" - demandeur "enfant" est la plus riche de signification. Nous lui consacrerons une importante place dans la conclusion finale de ce chapître.

b) Le sexe du vieillard hospitalisé prend toute son importance lorsque le "demandeur" est l'enfant ou la maison de retraite:
   . admission "optimiste" - homme
   . admission "charge" - femme.

   Le rôle que joue la grand-mère dans la cellule familiale par rapport à celui du grand-père n'est certainement pas étranger à cette constatation.

c) L'importance de l'âge du "demandeur", négligeable lorsqu'il s'agit de l'enfant, fondamentale lorsqu'il s'agit du conjoint, pose tout le problème du vécu de la vieillesse
   . totalement différent chez un conjoint plus jeune (qui "se sent" devenir vieux), que chez un conjoint de même âge (qui se"voit" aussi vieux) ;

. identique quel que soit l'âge de l'enfant, (qui n'"appartient" pas à la "classe" des vieux).

Dans tous les cas, c'est l'angoisse de notre propre vieillesse qui mène la danse. Nous y reviendrons.

TYPE DU DEMANDEUR	GROUPE A				GROUPE B				GROUPE C			
	demandeurs		hospitalisés		demandeurs		hospitalisés		demandeurs		hospitalisés	
	%	Nb	Nb ♂	Nb ♀	%	Nb	Nb ♂	Nb ♀	%	Nb	Nb ♂	Nb ♀
Conjoint	46 %	5	3	2	13 %	2	1	1	6 %	1	1	0
Enfant	27 %	3	2	1	40 %	6	2	4	0 %	0	0	0
Ami ou autre famille	9 %	1	0	1	20 %	3	0	3	44 %	7	2	5
Maison de retraite	18 %	2	1	1	27 %	4	1	3	0 %	0	0	0
Voisin, hopital, médecin	0 %	0	0	0	0 %	0	0	0	50 %	8	2	6
TOTAL	100 %	11	6	5	100 %	15	4	11	100 %	16	5	11

Qui demande l'hospitalisation ?

IV.- LE MILIEU QUE QUITTE LE VIEILLARD

1.- Principe

L'admission de chaque vieillard a entraîné une enquête, tant sur sa situation familiale que sur le logement lui-même.

Nous avons ensuite comparé les trois groupes d'admission.

Questions posées systématiquement :

logement ..... une seule pièce
plus d'une pièce
maison de retraite
existence de WC particuliers
pas de WC particuliers
salle de bains

situation familiale ..... marié
célibataire
veuf
enfant dans la région (sans perte totale de contact avec lui)
pas d'enfant dans la région
perte totale de contact entre un enfant dans la région et le vieillard.

2.- Résultats et conclusions

a) Les conditions de logement apparaîssent fort différentes dans les trois groupes d'admission :

. 73 % des vieillards du groupe a vivent dans plus d'une pièce et ont des toilettes particulières.
Seulement 18 % d'entre eux ont une salle de bains.

. Dans le groupe b , ce dernier taux est nettement plus élevé (47 %).
Ce confort, relativement plus grand s'explique par la fréquente cohabitation de l'enfant et du vieillard dans ce groupe, ou le placement de ce dernier en maison de retraite : ces deux modes de logement groupent en effet 74 % des vieillards "représentant une charge intolérable".

. Dans le groupe c, 50 % des sujets n'ont pas de toilettes particulières.
Un seul vieillard avait une salle de bains.
88 % vivent dans une seule pièce.
Ces conditions misérables se passent de commentaire.

b) La situation familiale du vieillard est en fait la clé de ce qui vient d'être dit :

. dans le groupe a , il n'est pas étonnant de retrouver 55 % des vieillards mariés et vivant avec le conjoint.

. dans le groupe b , ce taux tombe à 13 % , et tombe encore

. dans le groupe c , (un seul cas).

A l'opposé, 60 % des vieillards du groupe b et 56 % du groupe c sont veufs.

La présence de l'enfant, est retrouvée aussi bien dans le groupe a (73 %) que dans le groupe b (60 %).
SON ROLE EST TOUTEFOIS TOTALEMENT DIFFERENT :

. Il a le plus souvent la charge totale du vieillard dans le groupe b .

. Dans le groupe a , par contre, il n'est là que comme facteur favorable dans la vie d'une personne vivant dans 55 % des cas avec le conjoint.
Dans les 28 % des cas où le vieillard vit tout seul, la présence de l'enfant, encore plus favorable, ne se confond pas avec une vie commune enfant-parent, souvent la cause du rejet ultérieur.

. Quant au groupe c , sans enfant dans la région (56 %) ; ou totalement rejeté par lui (31 %) ;

on ne s'étonnera pas de constater que 94 % des vieillards vivent seuls.

LOGEMENT	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
vit ds 1 pièce	1	9 %	2	13 %	14	88 %
+ d'1 pièce	8	73 %	9	60 %	2	12 %
maison de retraite	2	18 %	4	26 %	0	0 %
T O T A L	11	100 %	15	99 %	16	100 %
WC particuliers	8	73 %	11	74 %	8	50 %
Pas de WC	3	27 %	4	26 %	8	50 %
T O T A L	11	100 %	15	100 %	16	100 %
Salle de bains	2	18 %	7	47 %	1	6 %

SITUATION FAMILIALE	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Marié	6	55 %	2	13 %	1	6 %
Célibataire ou divorcé	1	9 %	4	26 %	6	37 %
Veuf	4	36 %	9	60 %	9	56 %
T O T A L	11	100 %	15	99 %	16	99 %
Enfant ds région ss perte contact	8	73 %	9	60 %	2	12 %
Pas d'enfant ds région	3	27 %	5	33 %	9	56 %
Rejet total du vieux par l'enfant	0	0 %	1	7 %	5	31 %
T O T A L	11	100 %	15	100 %	16	99 %
Vit seul	3	28 %	2	13 %	15	94 %
Avec conjoint	6	54 %	2	13 %	1	6 %
Maison retraite + enfant ; ou autre	2	18 %	11	74 %	0	0 %
T O T A L	11	100 %	15	100 %	16	100 %

V.- QUEL EST LE PLACEMENT DU VIEILLARD HOSPITALISE ?

1.- Principe

Ce paragraphe revêt à nos yeux une grande importance : il indique en effet la réponse que donne la Société par le biais de ses institutions à la demande d'hospitalisation du vieillard par l'entourage.

Nous avons comparé la fréquence des placements :
. en service libre
. placement volontaire
. placement d'office
a) sur l'ensemble des 42 admissions
b) en fonction du groupe d'admission
c) en fonction du sexe du vieillard admis.

2.- Résultats

a) Sur l'ensemble des 42 admissions
nous avons dénombré :

. 12 placements en Service libre ..... (28 %)
. 20 placements volontaires ..... (48 %)
. 10 placements d'office ..... (24 %)

La proportion des placements "volontaires", ainsi que la proportion relative des placements d'office (près d'un vieillard sur 4) se passent de commentaire.

b) L'étude comparée des trois groupes d'admission précise de façon très nette la relation entre le type d'admission (a, b, c,) et le type de placement (SL. PV. PO.).

- Dans les admissions "optimistes", la proportion des "Services libres" est de 73 %.

- Dans les admissions du groupe b , cette proportion n'est plus que de 26 %. Par contre 67 % sont des placements volontaires.

- Dans les admissions du groupe c , il existe 44 % de placements volontaires, et, 56 % de placements d'office (P.O.).
  A noter que ces derniers représentent 9 P.O. sur les 10, et qu'il n'y a aucun placement en service libre.

c) L'étude du placement en fonction du sexe du vieillard admis confirme ce que nous avons déjà remarqué :
La proportion relativement importante des femmes dans les groupes b et c explique que 70 % des placements volontaires et des placements d'office s'appliquent à leur cas.

3.- Conclusion

Il est possible de faire une corrélation entre :

- le placement en service libre et l'admission en gr. a ,
- le placement volontaire et l'admission en groupe b ,
- le placement volontaire et surtout d'office, et l'admission en groupe c .

Si l'on se souvient que les admissions du groupe a se sont avérées être les plus "psychiatriques" ;
que les admissions du groupe b sont les plus "médicales" ;
et les admissions du groupe c , les moins "médico-psychiatriques",
on peut se demander si nous n'assistons pas au paradoxe d'un placement d'autant plus grave que les symptômes sont plus pauvres ...

Il faut bien se rendre à l'évidence : le "danger" du vieillard, "pour lui-même comme pour son entourage", n'est pas dû aux symptômes, mais au vieillard lui-même, et à l'entourage lui-même :

. entourage familial d'abord ;
. maison de retraite ensuite ;
. entourage de la Société enfin,

qui par le biais du placement volontaire et surtout d'office entérine le rejet du vieillard, véritable image de sa propre angoisse de vieillir.

Pourcentage des 3 placements dans chaque groupe d'admission

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Service libre	8	73 %	4	26 %	0	0 %
Placement volontaire	3	27 %	10	67 %	7	44 %
Placement d'office	0	0 %	1	7 %	9	56 %
T O T A L	11	100 %	15	100 %	16	100 %

PLACEMENT				GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
TYPE	Nb.	Nb. ♂	Nb. ♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
SL	12	6	6	4	4	2	2	0	0
PV	20	6	14	2	1	2	8	2	5
PO	10	3	7	0	0	0	1	3	6
T O T A L	42	15	27	6	5	4	11	5	11

VI.- L'AGE ET LES ANTECEDENTS DU VIEILLARD

1.- Principe

Nous avons considéré trois tranches d'âge :

- 65 à 74 ans
- 75 à 84 ans
- 85 et plus.

et six types d'antécédents :

- psychiatriques
- éthyliques
- vasculaires
- traumatiques graves
- psychosomatiques (ulcères, dermatoses etc...)
- autres antécédents.

Nous ne considérons pas les troubles que présentent les vieillards à l'admission. En particulier, nous ne tenons pas compte des troubles moteurs vasculaires fréquents lors des admissions du groupe b.

2.- Résultats

a) L'âge du vieillard, dans les trois groupes d'admission,

- est le plus souvent compris entre 75 et 84 ans (50 %)
- 20 à 27 % des sujets ont entre 65 et 74 ans.
- et 18 à 26 % (selon le groupe), plus de 85 ans.

Certes, si la tranche d'âge intermédiaire (75 à 83 ans) est représentée de façon rigoureusement identique dans les trois groupes, il existe une fluctuation un peu plus large dans les deux tranches extrêmes.

Elle montrerait que, dans le groupe b , la proportion des plus de 85 ans est un peu plus élevée que dans les deux autres groupes.
A l'inverse, les vieillards âgés de 65 à 74 ans y sont moins nombreux.
En fait, si nous comprenons ce phénomène, le nombre des vieillards correspondant à ces deux tranches d'âge extrêmes est bien mince : la fluctuation, trop minime, ne permet pas de conclure.

b) Les antécédents du vieillard
nous ont paru aussi peu significatifs.

- Un vieillard sur deux a des antécédents éthyliques, quelque soit le groupe d'admission,
- Un sur quatre présente des antécédents psychiatriques et vasculaires,
- Un sur dix, des antécédents traumatiques graves,
- Près d'un sujet sur deux, des antécédents psychosomatiques.

3.- Conclusion

Il est frappant de constater la similitude d'âge et d'antécédents, d'un groupe d'admission à l'autre.
Elle contraste violemment avec la disparité de l'entourage, matériel et surtout humain pour qui finalement, "un vieillard est un vieillard". C'est dire une fois encore l'importance de celui-là dans la signification de l'hospitalisation,

- favorable dans le groupe a ;
- défavorable dans les deux autres groupes, du fait de la famille (groupe b) et de la complicité de la Société (groupe b et c).

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
65-74 ans	3	27 %	3	20 %	4	25 %
75-84 ans	6	54 %	8	53 %	9	56 %
85 ans et +	2	18 %	4	26 %	3	18 %
T O T A L	11	100 %	15	99 % (1)	16	99 % (1)

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
65-74 ans	2	1	1	2	1	3
75-84 ans	3	3	2	6	3	6
85 ans et +	1	1	1	3	1	2
T O T A L	6	5	4	11	5	11

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
antécédents psychiatriques	3	27 %	4	26 %	4	25 %
éthyliques	6	54 %	8	52 %	8	50 %
vasculaires	3	27 %	5	33 %	3 ou 4 (2)	18 ou 25% (2)
traumatiques	1	9 %	2	13 %	1	6 %
psycho-somat. (asthme eczéma ulcère)	5	45 %	7	46 %	8	50 %
autre	0	0 %	1	6 %	0	0 %

(1) calcul à 1 % près.
(2) impossibilité de trancher.

VII.- QUELLE EST LA DATE D'ADMISSION DU VIEILLARD ?

1.- Principe

Il y a un an, en Juillet et Août 1971, nous avons assisté à l'arrivée d'un nombre impressionnant de sujets âgés, comme si la période des vacances était la cause de troubles psychiatriques chez les vieillards ...

Aussi, avons-nous décidé d'évaluer le nombre d'admissions par tranches de deux mois. Puis, l'on a comparé les trois groupes (a, b, c).

2.- Résultats

a) On est frappé par la régularité des admissions dans le groupe a.

b) Il en est tout autrement dans les deux autres groupes.

73 % des admissions du groupe b , et 60 % de celles du groupe c sont pratiquées dans 6 mois sur les 18.

La période d'admission est caractéristique :

- dans le groupe b, 38 % DES VIEILLARDS furent admis en Juillet et Août 1971,
  21 % en Mai-Juin 1971,
  14 % en Mai-Juin 1972.

  Dans les autres tranches de 2 mois, on ne note qu'une ou zéro admission.
- dans le groupe c, 20 % des sujets furent admis en Janv. Fév. 1971,
  20 % en Novembre-Décembre 1971,
  20 % en Janvier-Février 1972.

3.- Conclusion

Contrastant avec une régularité assez nette des admissions du groupe a , nous notons une relation riche de sens entre :

. les vacances d'été et la fréquence des admissions du groupe b ;

. les mois les plus froids, et la fréquence des admissions du groupe c .

Ainsi, Mars et Avril 1972, plus froids que Mars-Avril 1971, ont vu plus d'admissions dans ce dernier groupe.

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Janvier-Février 1971	2	18 %	0	0 %	3	20 %
Mars-Avril 1971	1	9 %	1	7 %	1	6 %
Mai-Juin 1971	0	0 %	3	21 %	1	6 %
Juillet-Août 1971	1	9 %	6	38 %	1	6 %
Septembre-Octobre 1971	1	9 %	1	7 %	1	12 %
Novembre-Décembre 1971	2	18 %	0	0 %	3	20 %
Janvier-Février 1972	1	9 %	1	7 %	3	20 %
Mars-Avril 1972	2	18 %	1	7 %	2	6 %
Mai-Juin 1972	1	9 %	2	14 %	1	6 %
T O T A L	11	99 %	15	101 %	16	101 %

VIII.- POUR NE PAS CONCLURE OU : LE PREMIER REJET DU VIEILLARD

Tout au long de ce chapitre, les trois profils d'admission nés de définitions arbitraires, ont pris corps.

Le profil "optimiste" est celui d'un homme, amené par le conjoint de même âge, présentant des troubles psychiatriques variés, hospitalisé en Service Libre, et dont le retour au milieu d'origine est probable dans les trois mois.

Tout se passe comme si le conjoint assumait l'hospitalisation comme la sienne.

Nous dirons qu'il s'agit d'une admission assumée.

Le profil du "groupe b" , est celui d'une femme, amenée par l'enfant, la maison de retraite ou un conjoint plus jeune, du fait d'un minimum de troubles psychiatriques, d'un certain nombre de troubles médiaux ... et d'un maximum de troubles dans l'entourage.

L'admission du vieillard qu'entérine la Société par un placement volontaire, présente le paradoxe de soigner la famille plus que l'hospitalisé.

Tout se passe en effet comme si le conjoint ou l'enfant se trouvaient confrontés avec l'image de la vieillesse qu'ils refusent pour eux-mêmes.

Le profil du "groupe c", est celui d'une femme, sans troubles médicaux ni psychiatriques, sans enfant, sans conjoint, amenée par un voisin, un médecin, un Hôpital général.

Tout se passe comme si la Société, par le Placement d'Office, rejetait le vieillard à la place de l'entourage.

La différence n'est pas grande avec le cas précédent.

Aussi dirons-nous qu'il s'agit de deux admissions-rejet.

Dans tout cela, quelle est la place des symptômes psychiatriques?

III. PROFIL DU VIEILLARD EN COURS D'HOSPITALISATION (FIN DU TROISIEME MOIS.) OU: LE DEUXIEME REJET DU VIEILLARD

I.- AVANT-PROPOS

II.- QUI RESTE A L'HOPITAL AU BOUT DE 3 MOIS ?
Etude comparée des 3 groupes d'admission

III.- POURQUOI RESTE-T-IL A L'HOPITAL ?

IV.- LES VISITES DU VIEILLARD
Etude comparée des 3 groupes d'admission

V.- POUR NE PAS CONCLURE OU : L E D E U X I E M E

R E J E T D U V I E I L L A R D

I.- AVANT-PROPOS : POURQUOI CE PROFIL DU 3ème MOIS ?

Après le profil de l'admission, il nous a semblé important d'esquisser le portrait du vieillard en cours d'hospitalisation.

De nombreux problèmes n'y seront pas abordés. C'est le cas par exemple des décès et des activités du sujet âgé qui ont leur place dans le chapitre du bilan de l'hospitalisation.

La date du profil n'a pas été choisie au hasard. Elle correspond à la sortie présumée des admissions "optimistes". Ce cliché permet ainsi de comparer les prévisions de l'admission à la réalité.

Il permet de plus, en cours d'hospitalisation, de suivre l'évolution des symptômes et le comportement de l'entourage face au vieillard vivant en Hôpital psychiatrique.

Nous nous sommes demandés s'il n'existait pas un second rejet du vieillard de la part de ceux qui avaient demandé l'hospitalisation.

II.- QUI RESTE A L'HOPITAL AU BOUT DE TROIS MOIS ?

1.- Principe

Nous avons comparé dans les trois groupes d'admission au 90ème jour d'hospitalisation, le pourcentage :
. de sorties,
. de décès,
. de vieillards encore hospitalisés.

Une difficulté est apparue pour les sujets admis au cours du mois de Juin. Elle nous obligeait en effet à suivre ces vieillards jusqu'au 31 Septembre.

Notre étude s'est en fait achevée quelques jours avant. Seuls deux sujets du groupe c furent ainsi exclus de l'enquête. Leur sortie imminente bien improbable ne nous a pas semblé changer le profil de ce bilan.

2.- Résultats

a) Le pourcentage de sorties

dans les 90 jours est décroissant du groupe a au groupe c :

. 55 % des vieillards du groupe a sont définitivement sortis,
. 20 % dans le groupe b ,
. 6 % dans le groupe c .

b) Le pourcentage de décès

. nul dans le groupe a ,

. atteint 20 % dans le groupe b (3 cas),

. on note 1 décès dans le groupe c .

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Sorties	6	55 %	3	20 %	1	6 %
Décès	0	0 %	3	20 %	1	6 %
Toujours hospitalisés	5	45 %	9	60 %	14*	88 %
T O T A L	11	100 %	15	100 %	16	100 %

Profil des trois mois

* Parmi ces 14 vieillards se trouvent deux sujets hospitalisés seulement depuis 82 jours.
Aucune sortie n'est envisagée dans la semaine suivante.

3.- Conclusion

Le problème des décès anormalement fréquents dans le groupe b , sera abordé dans le chapitre suivant.

Quant aux sorties dans les trois premiers mois, elles sont exceptionnelles dans le groupe c , rares dans le groupe b , fréquentes dans le groupe a .

On peut se demander pourquoi 45 % des vieillards de ce dernier groupe sont encore à l'Hôpital, puisque par définition tous les vieillards devaient regagner leur foyer dans les trois mois. Il faut bien se rendre à l'évidence : la classification des admissions "optimistes" était, elle aussi, optimiste ...

Nous nous sommes demandés la raison de ce non-retour, et, en particulier, s'il était dû à la persistance des troubles psychiatriques, ou à l'entourage du vieillard.

III.- POURQUOI LE VIEILLARD RESTE-T-IL A L'HOPITAL ?

1.- Principe

Afin de connaître la raison du maintien à l'hôpital, nous avons pratiqué une enquête sur les symptômes psychiatriques et non psychiatriques des vieillards toujours hospitalisés au bout de 90 jours, et nous l'avons comparée à celle de l'admission.

Puis, nous avons cherché à savoir quelle était dans chacun des groupes la situation familiale et l'habitat des vieillards sortants.

2.- Résultats

a) Bilan clinique après 3 mois d'hospitalisation chez les vieillards toujours hospitalisés.

. Sur le plan psychiatrique,

- 60 % des sujets du groupe a n'ont qu'un ou pas de symptôme,
- 100 % n'en ont pas plus de deux,

- 54 % en avaient quatre et plus, à l'admission,

- 56 % des sujets du groupe b n'ont qu'un ou pas de symptôme,
- 67 % n'en ont pas plus de deux,

- 94 % n'en avaient pas plus de deux, à l'admission;

- 36 % des sujets du groupe c n'ont qu'un ou pas de symptôme.

A l'admission, ils étaient 64 % .

On est ainsi frappé de constater que dans le groupe a , admis pour des raisons essentiellement psychiatriques, les vieillards encore hospitalisés au bout de 3 mois, ont peu ou pas de symptômes.
Par contre, dans les groupes b et c , ils présentent un nombre de symptômes psychiatriques plus important qu'à l'admission.

. Sur le plan médical,

- 80 % des vieillards du groupe a encore hospitalisés n'ont qu'un ou pas de symptôme.
  A l'admission, le pourcentage était sensiblement le même (82 %).
- 45 % des vieillards du groupe b n'ont qu'un ou pas de symptôme.
  A l'admission, 47 % en avaient quatre et plus.
- 57 % des vieillards du groupe c n'ont qu'un ou pas de symptôme.
  A l'admission, le pourcentage était sensiblement le même (56 %).

Ainsi, au bout de trois mois d'hospitalisation, la pathologie non psychiatrique s'est nettement estompée dans le groupe b , et reste secondaire dans les deux autres groupes.
Ce n'est pas là qu'il faut trouver la raison du maintien de l'hospitalisation.
Il n'en sera nullement de même au bout de plusieurs trimestres. Nous y reviendrons.

b) Situation familiale et habitat des sujets sortants.

C'est bien sûr la comparaison avec la situation de l'ensemble des vieillards dans chaque groupe d'admission, qui nous a intéressé.

. Dans le groupe a , le taux des sujets mariés passe de 55 % à l'admission, à 67 % parmi les sortants.
Le taux des vieillards ayant un enfant dans la région passe de 73 % à 100 %.
De même, pour le pourcentage des sujets vivant dans plus d'une pièce.

Aucun vieillard n'a été repris par la maison de retraite.

. Dans le groupe b , 13 % de l'ensemble des admissions étaient mariés. Un sur les trois sortants est marié (33 %).
Le pourcentage des sujets ayant un enfant dans la région, reste aussi important (60 % à l'admission ; 67 % parmi les sortants).
Celui des habitats de plus d'une pièce passe de 60 % à 100 %.

Aucun vieillard n'a été repris par la maison de retraite.

. Dans le groupe c , il n'y a eu qu'un sortant. Il est veuf, a un enfant dans la région. (Ce dernier ne s'est manifesté qu'une fois).
Il vit seul, dans plus d'une pièce avec toilettes.

Sujets toujours hospitalisés au bout de trois mois :

symptômes psychiatriques et médicaux.

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Sujets encore à l'hôpital	5	45 %	9	60 %	14	88 %
Symptômes psychia.-triques						
0 ou 1 symptôme	3	60 %	5	56 %	5	36 %
2 symptômes	2	40 %	1	11 %	7	50 %
3	0	0 %	3	33 %	2	14 %
4 et +	0	0 %	0	0 %	0	0 %
T O T A L	5	100 %	9	100 %	14	100 %
Symptômes médicaux						
0 ou 1 symptôme	4	80 %	4	45 %	8	57 %
2 symptômes	1	20 %	3	33 %	4	29 %
3	0	0 %	1	11 %	2	14 %
4 et +	0	0 %	1	11 %	0	0 %
T O T A L	5	100 %	9	100 %	14	100 %

Symptômes psychiatriques et non psychiatriques :
Comparaison entre l'ensemble des admissions et les sujets encore à l'hôpital au bout de trois mois.

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Ensemble admis	3 mois encore hospit.	ensemble admis	3 mois encore hospit.	Ensemble admis	3 mois encore hospit.
Symptômes psychiatriques						
0 ou 1	9 %	60 %	14 %	56 %	64 %	36 %
2	18 %	40 %	80 %	11 %	31 %	50 %
3	18 %	0 %	7 %	33 %	6 %	14 %
4 & +	54 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
T O T A L	99 %	100 %	101 %	100 %	101 %	100 %
Symptômes médicaux						
0 ou 1	82 %	80 %	14 %	45 %	56 %	57 %
2	18 %	20 %	14 %	33 %	25 %	29 %
3	0 %	0 %	27 %	11 %	6 %	14 %
4 & +	0 %	0 %	47 %	11 %	12 %	0 %
T O T A L	100 %	100 %	102 %	100 %	99 %	100 %

Situation familiale et habitat des sujets sortants

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Nb. sortants	6	55 %	3	20 %	1	6 %
Mariés	4	67 %	1	33 %	0	0 %
Célibataire & divorcés	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Veufs	2	33 %	2	67 %	1	100 %
T O T A L	6	100 %	3	100 %	1	100 %
Enfant sans rejet	5	84 %	2	67 %	1	100 %
pas enfant	1	16 %	1	33 %	0	0 %
Rejet vieillard	0	0 %	0	0 %	0	0 %
T O T A L	6	100 %	3	100 %	1	100 %
vit seul	1	16 %	0	0 %	1	100 %
avec conjoint	4	67 %	1	33 %	0	0 %
avec enfant	1	16 %	2	67 %	0	0 %
T O T A L	6	99 %	3	100 %	1	100 %
1 pièce	0	0 %	0	0 %	0	0 %
+ d'1 pièce	6	100 %	3	100 %	1	100 %
Maison retraite	0	0 %	0	0 %	0	0 %
T O T A L	6	100 %	3	100 %	1	100 %
WC	6	100 %	3	100 %	1	100 %
pas de WC	0	0 %	0	0 %	0	0 %
T O T A L	6	100 %	3	100 %	1	100 %
Salle de bains	1	16 %	3	100 %	0	0 %

Situation familiale et habitat : comparaison entre l'ensemble des admissions et les sujets sortants.

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	admis	Sortants	admis	Sortants	Admis	Sortants
Nombre de vieillards	100 %	55 %	100 %	20 %	100 %	6 %
Mariés	55 %	67 %	13 %	33 %	6 %	0 %
Célibataires & divorcés	9 %	0 %	26 %	0 %	37 %	0 %
Veufs	36 %	33 %	60 %	67 %	56 %	100 %
T O T A L	100 %	100 %	100 %	100 %	99 %	100 %
Enfant sans rejet	73 %	84 %	60 %	67 %	12 %	100 %
Pas enfant	27 %	16 %	33 %	33 %	56 %	0 %
Rejet vieillard	0 %	0 %	7 %	0 %	31 %	0 %
T O T A L	100 %	100 %	100 %	100 %	99 %	100 %
Vit seul	28 %	16 %	13 %	0 %	94 %	100 %
avec conjoint	54 %	67 %	13 %	33 %	6 %	0 %
autre	18 %	16 %	74 %	67 %	0 %	0 %
T O T A L	100 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vit dans 1 pièce	9 %	0 %	13 %	0 %	88 %	0 %
+ d'1 pièce	73 %	100 %	60 %	100 %	12 %	100 %
Maison retraite	18 %	0 %	26 %	0 %	10 %	0 %
T O T A L	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
WC	73 %	100 %	74 %	100 %	50 %	100 %
Pas de WC	27 %	0 %	26 %	0 %	50 %	0 %
T O T A L	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Salle de bains	18 %	16 %	47 %	100 %	6 %	0 %

3.- Conclusion

Dans la plupart des cas, trois mois d'hospitalisation ont suffi à faire disparaître ou du moins s'estomper les troubles psychiatriques existant à l'admission.
Témoin, la grande proportion des sortants dans la catégorie la plus psychiatrique et aussi la plus "optimiste".
Témoin également, parmi les vieillards du groupe a encore hospitalisés, le fort pourcentage de sujets n'ayant qu'un ou pas de symptôme.

Par contre, les catégories les moins "psychiatriques" ont fait le chemin inverse. C'est dire le danger d'un hospitalisme inutile. Nous y reviendrons.

En fait, la sortie du vieillard ne dépend pas du sujet lui-même, mais bien de l'entourage : les sortants sont des gens mariés, ne vivant pas trop misérablement, et ayant un enfant dans la région.
Ainsi les vieillards du groupe a restant hospitalisés sont ceux qui n'étaient pas mariés ou qui vivaient dans une maison de retraite : l'opposition entre les admissions "assumées" et les admissions-"rejet" est ainsi confirmée.

Suite à ce premier rejet: l'admission, on peut se demander si l'entourage n'en crée pas un autre : "l'oubli" du vieillard.

C'est pourquoi nous avons porté toute notre attention sur les visites reçues par le sujet âgé au cours des trois premiers mois d'hospitalisation.

IV.- LES VISITES AU VIEILLARD

1.- Principe

Les visites au vieillard à l'Hôpital psychiatrique posent deux ordres de problèmes :

- un problème quantitatif : quelle est la fréquence des visites au fil des semaines ?
- un problème qualitatif : qui visite le vieillard ?

Notre étude a porté sur les trois premiers mois d'hospitalisation, afin de pouvoir comparer les trois groupes d'admission. Après ce délai, 45 % des vieillards du groupe a ont en effet quitté l'hôpital.

L'enquête a été poursuivie jusqu'en Septembre 1972(1).

Dans un premier temps,
nous avons recherché le nombre de visites reçues par les femmes et les hommes, de la 1ère à la 13ème semaine d'hospitalisation (91 jours).
Dans le paragraphe précédent, nous n'avons pas tenu compte du sexe du vieillard. Il nous paraît plus intéressant d'étudier simultanément la fréquence des visites et le nombre de sortants en fonction du sexe et de la semaine d'hospitalisation.

---

(1) afin de suivre les sujets admis en Juin 1972.
Nous apportons la même restriction concernant 2 sujets du groupe c que dans le paragraphe précédent.

Puis nous avons calculé le nombre moyen de visites reçues par sujet dans une semaine donnée :

$$Vm = \frac{\text{Nb. total visites}}{\text{Nb. sujets présents}} \text{ dans une semaine donnée.}$$

Ce nombre permet de comparer les trois groupes d'admission qui ne comportent pas le même nombre de vieillards à l'admission, ni surtout au bout de plusieurs semaines.

Dans un deuxième temps,
nous nous sommes demandés qui visitait le vieillard hospitalisé ?

Nous avons classé les visiteurs en 3 types :

. le conjoint,
. l'enfant,
. autre visiteur.

2.- *Résultats*

a) Etude quantitative (3 premiers mois).

. Le nombre total de visites apparaît d'emblée caractéristique du groupe d'admission correspondant :

- important dans le groupe a ..... 286 visites
- inférieur dans le groupe b ..... 233 visites
- exceptionnel dans le groupe c ..... 33 visites.

La différence entre le groupe a et le groupe b peut paraître réduite. Il ne faut pas oublier qu'au bout de trois mois d'hospitalisation, 55 % des vieillards du groupe a ont quitté l'Hôpital.
C'est dire la nécessité de calculer :

. Le nombre moyen de visites reçues par vieillard et par semaine (Vm).

Il montre 4 ordres de renseignements :

- dans le groupe a , Vm est quasi constant jusqu'à la 10ème semaine chez les hommes, et la 8ème chez les femmes (Vm compris entre 3,2 et 2,5).
  On peut se demander pourquoi, après ce délai, Vm décroît beaucoup plus rapidement.
  La raison est évidente si nous tenons compte des dates de sorties :
  chez les hommes, la moitié d'entre elles a lieu après la 10ème semaine ;
  chez les femmes, elles ont toutes lieu après la 8ème.

Après ces délais, la proportion croissante de vieillards classés "par trop d'optimisme" dans le groupe a , explique la fréquence réduite des visites.

On ne s'étonnera pas de la voir se superposer à celle du groupe b .

- dans le groupe b , on constate un effondrement du nombre des visites dans un intervalle de 3 semaines (Vm passe de 3 à 0,7). Il est suivi d'une remontée puis d'une pente lentement décroissante.

Si l'on se souvient de la fréquence des admissions à la veille des vacances, on comprendra aisément la raison du premier effondrement.
Les vacances terminées, le vieillard reçoit à nouveau des visites dont le nombre avec le temps ira sans cesse décroissant.

- dans le groupe c , le nombre des visites brille par sa constance dans l'approche du zéro.

- Nous avons comparé en fonction du sexe du vieillard

la fréquence des sorties,
la fréquence des visites.

Les sorties sont deux fois plus fréquentes chez les hommes, aussi bien dans le groupe a (4 hommes et 2 femmes), que dans le groupe b (2 hommes et 1 femme). Le seul sortant du groupe c est un homme.
Ceci n'est pas sans rappeler certaines conclusions du profil de l'admission.

La fréquence des visites, par contre, est indépendante du sexe. Dans le groupe b , les femmes seraient même légèrement favorisées.

Visites du groupe a

SEMAINE	HOMMES			FEMMES		
	Nb. vieil.	Nb. total visites	Vm	Nb. vieil.	Nb. total visites	Vm
1	6	19	3,1	5	15	3
2	6	18	3	5	16	3,2
3	6	16	2,7	5	14	2,8
4	6	17	2,8	5	15	3
5	(5)	12	2,4	5	13	2,6
6	5	13	2,6	5	13	2,6
7	(4)	10	2,5	5	14	2,8
8	4	11	2,7	5	12	2,4
9	4	10	2,5	(4)	10	2,5
10	4	10	2,5	(3)	6	2
11	(3)	6	2	3	3	1
12	(2)	3	1,5	3	4	1,3
13	2	2	1	3	4	1,3
TOTAL	57	147		56	139	

(): un sortant

Visites du groupe b

SEMAINE	HOMMES			FEMMES		
	Nb. vieil-	Nb. total visites	Vm	Nb.vieil-	Nb.total visites	Vm
1	4	12	3	11	30	2,7
2	4	7	1,7	11	18	1,6
3	4	3	0,7	11	10	0,9
4	4	3	0,7	11	9	0,8
5	4	3	0,7	11	10	0,9
6	4	4	1	11	10	0,9
7	4	7	1,7	11	25	2,3
8	(3)	6	2	[10]	20	2
9	3	5	1,7	(9)	12	1,4
10	(2)	3	1,5	9	11	1,2
11	2	3	1,5	[8]	7	0,8
12	2	1	0,5	8	7	0,8
13	[2]	1		8	7	0,8
TOTAL	42	58		129	176	

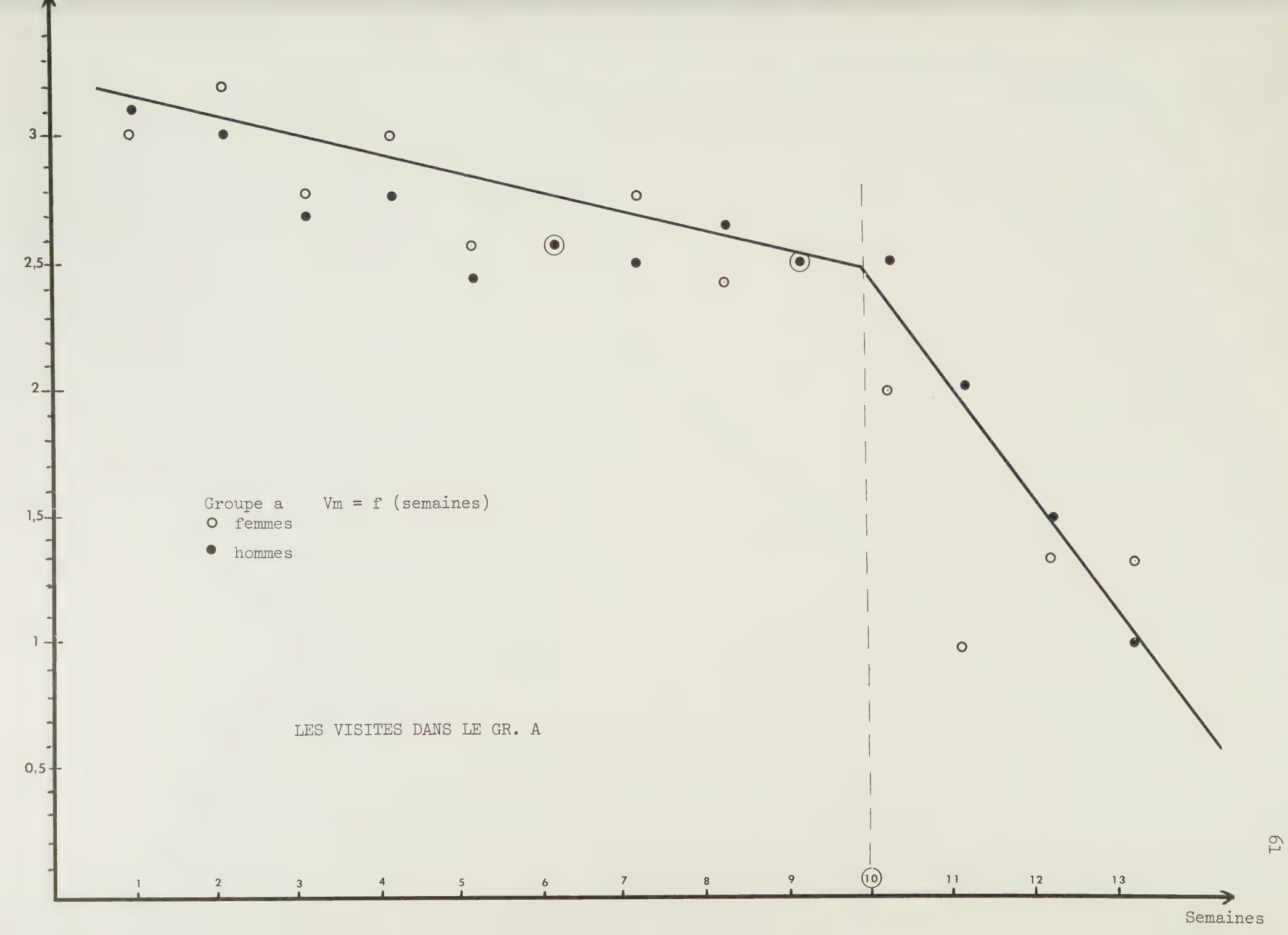
(○) un sortant

[□] un décès

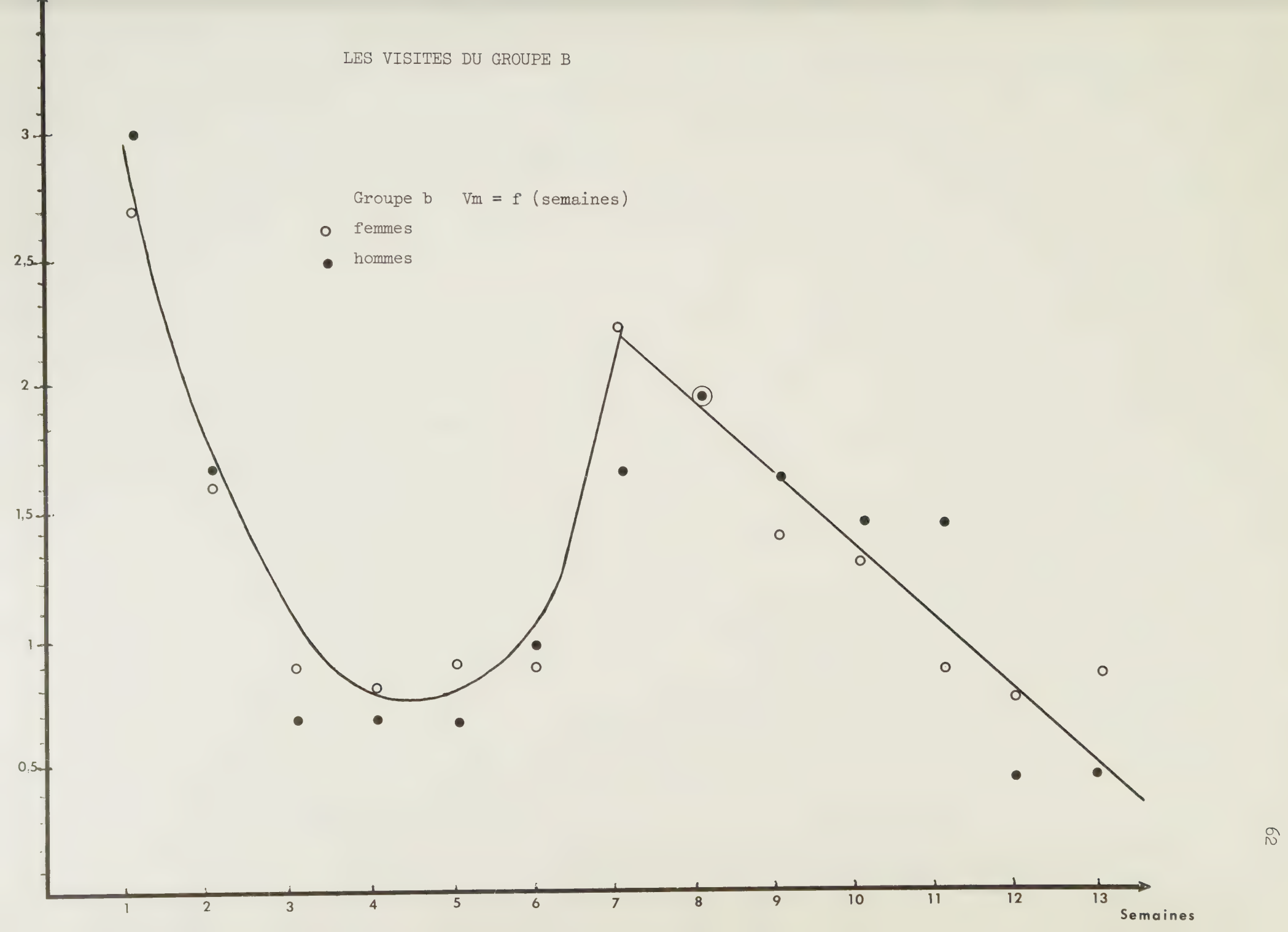
Visites du groupe c

SEMAINE	HOMMES			FEMMES		
	Nb. vieil-	Nb. total visites	Vm	Nb.vieil-	Nb.total visites	Vm
1	5	4	0,8	11	7	0,6
2	5	2	0,4	11	3	0,3
3	5	2	0,4	11	2	0,3
4	5	0	0	11	2	0,3
5	5	1	0,2	11	2	0,3
6	5	0	0	11	0	0
7	5	1	0,2	11	1	0,1
8	5	0	0	11	1	0,1
9	5	1	0,2	11	0	0
10	5	0	0	11	1	0,1
11	5	1	0,2	11	1	0,1
12	(4)	0	0	11	1	0,1
13	4	0	0	[10]	0	0
TOTAL	63	12		142	21	

(○) : un sortant
[□] : un décès

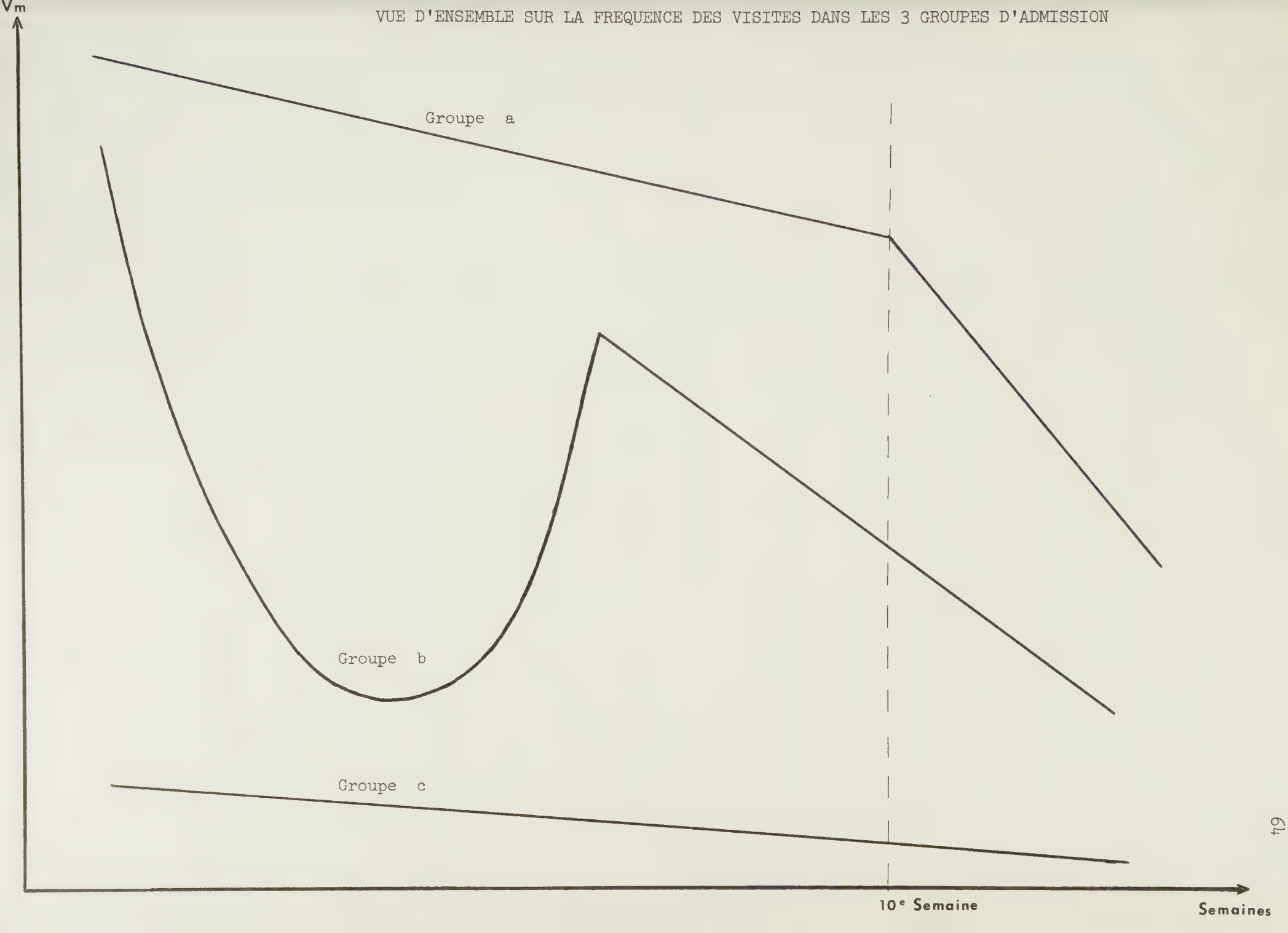

3
2,5
2
1,5
1
0,5
Groupe a Vm = f (semaines)
femmes
hommes
LES VISITES DANS LE GR. A
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
Semaines

LES VISITES DU GROUPE B



LES VISITES DU GROUPE C

VUE D'ENSEMBLE SUR LA FREQUENCE DES VISITES DANS LES 3 GROUPES D'ADMISSION



b) Etude qualitative : qui visite le vieillard ? (3 premiers mois)

. Proportion de chaque type de visiteurs dans les 3 groupes

- dans le groupe a ,

Le conjoint est le visiteur principal.

Il représente 42 à 58 % des visites jusqu'à la 10ème semaine chez les hommes ;

43 à 50 % jusqu'à la 8ème semaine chez les femmes.

Ces taux s'effondrent ensuite, et deviennent comparables à ceux du groupe b . Nous en avons déjà indiqué la raison.

L'enfant est le deuxième visiteur.

Il représente :

20 à 37 % des visites chez les hommes (jusqu'à la 10ème semaine),

18 à 42 % chez les femmes (jusqu'à la 8ème semaine).

Après ces délais, ces taux baissent également.

- dans le groupe b ,

l'effondrement immédiat des visites dans leur ensemble est parfaitement moulé sur celui des enfants ;

Le taux passe :

de 39 % (1ère semaine) à 0 % (3ème semaine) chez les hommes ;

de 76 % (1ère semaine) à 10 %(3ème semaine) chez les femmes.

Ce parallélisme existe également lors de la reprise des visites puis de leur décroissance.

- dans le groupe c ,

  les visites, rarissimes, sont dues à des gens plus éloignés, sauf pour 2 cas ayant un enfant.
  La fréquence des visites pour ces derniers n'est pas sensiblement différente.

. Il nous a paru intéressant de comparer le visiteur-conjoint et le visiteur-enfant entre le groupe a et le groupe b .

- Le visiteur-conjoint apparaît :
  fondamental et fidèle dans le groupe a (avec la restriction déjà apportée à partir de la 10ème semaine),

  secondaire et de moins en moins fidèle dans le groupe b.

- C'est surtout le visiteur-enfant qui nous a semblé le plus riche de sens :
  visiteur régulier dans le groupe a , l'enfant délaisse progressivement le vieillard dans le groupe b (sans parler du "trou" dû aux vacances ...).

Qui visite le vieillard du groupe a ?

SEMAINES	HOMMES								FEMMES							
	Nb.visites		Conjoint		Enfant		Autres		Nb.visites		Conjoint		Enfant		Autres	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
1	19	100%	8	42%	7	37%	4	21%	15	100%	7	47%	5	33%	3	20%
2	18	100%	8	45%	6	33%	4	22%	16	100 %	7	44%	3	18%	6	38%
3	16	100%	7	44%	5	31%	4	25%	14	100%	6	43%	4	28%	4	28%
4	17	100%	8	47%	5	30%	4	23%	15	100%	7	47%	5	33%	3	20%
5	12	100%	7	58%	3	25%	2	17%	13	100%	6	46%	5	39%	2	15%
6	13	100%	6	46%	3	23%	4	31%	13	100%	6	46%	3	23%	4	31%
7	10	100%	5	50%	2	20%	3	30%	14	100%	7	50%	3	22%	4	31%
8	11	100%	5	44%	3	28%	3	28%	12	100%	6	50%	5	42%	1	8%
9	10	100%	5	50%	3	30%	2	20%	10	100%	5	50%	3	30%	2	20%
10	10	100%	4	40%	3	30%	3	30%	6	100%	2	33%	1	17%	3	50%
11	6	100%	1	17%	1	17%	4	66%	3	100%	1	33%	0	0%	2	67%
12	3	100%	1	33%	0	0%	2	67%	4	100%	0	0%	1	25%	3	75%
13	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%	4	100%	1	25%	0	0%	3	75%

Qui visite le vieillard du groupe b ?

SEMAINES	HOMMES								FEMMES							
	Nb.visites Nb.	%	Conjoint Nb.	%	Enfant Nb.	%	Autres Nb.	%	Nb.visites Nb.	%	Conjoint Nb.	%	Enfant Nb.	%	Autres Nb.	%
1	12	100%	2	16%	7	59%	3	25%	30	100%	2	7%	23	76%	5	17%
2	7	100%	2	28%	3	44%	2	28%	18	100%	2	11%	15	84%	1	5%
3	3	100%	1	33%	0	0%	2	67%	10	100%	2	20%	1	10%	7	70%
4	3	100%	1	33%	0	0%	2	67%	9	100%	2	22%	1	11%	6	67%
5	3	100%	1	33%	1	33%	1	33%	10	100%	1	10%	2	20%	7	70%
6	4	100%	2	50%	1	25%	1	25%	10	100%	0	0%	6	60%	4	40%
7	7	100%	1	14%	5	72%	1	14%	25	100%	2	8%	19	76%	4	16%
8	6	100%	0	0%	3	50%	3	50%	20	100%	1	5%	13	65%	6	30%
9	5	100%	1	20%	2	40%	2	40%	12	100%	0	0%	9	75%	3	25%
10	3	100%	1	33%	1	33%	1	33%	11	100%	1	9%	7	63%	3	28%
11	3	100%	1	33%	1	33%	1	33%	7	100%	1	14%	4	58%	2	28%
12	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	7	100%	0	0%	3	42%	4	58%
13	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	7	100%	1	14%	3	43%	3	43%

Qui visite le vieillard du groupe c ?

SEMAINES	HOMMES								FEMMES							
	Nb. visites		Conjoint		Enfant		Autres		Nb. visites		Conjoint		Enfant		Autres	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
1	4	100%	0	0%	2	50%	2	50%	7	100%	0	0%	1	14%	6	86%
2	2	100%	0	0%	1	50%	1	50%	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
3	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%	0	0%	1	50%	1	50%
4	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
5	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
6	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
7	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%
8	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
9	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
10	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
11	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%
12	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
13	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

3.- Conclusion

Aux "admissions-assumées" du groupe a correspondent des "hospitalisations vécues" par le conjoint dont les visites sont régulières.
L'enfant, qui n'est pas l'instigateur de l'hospitalisation, est également un fidèle visiteur.
Mais au fil des semaines, des vieillards de ce groupe sortent définitivement. Ceux qui restent auraient dû pour la plupart être classés dans le groupe b : le profil des visites est tout à fait comparable dans les deux groupes dans les dernières semaines du trimestre.

Dans le groupe b , l'enfant a fait hospitaliser le vieillard. Puis il est parti en vacances.
Mais ne nous trompons pas : elles constituent autant une cause du rejet qu'un prétexte : au retour, après une reprise importante des visites (dans laquelle la culpabilité d'être parti est essentielle), l'enfant "oublie" peu à peu le vieillard. Il faudrait dire qu'il désire l'oublier.
Confronté non plus seulement à sa propre vieillesse mais à l'Hôpital psychiatrique et à sa culpabilité, l'entourage rejette une deuxième fois le vieillard.

Alors que le premier rejet touchait essentiellement les femmes, le deuxième ne dépend plus du sexe ; l'entourage qui hospitalisait plus facilement la Grand-mère que le Grand-père, ne visitera pas plus celui-ci que celle-là.

V.- POUR NE PAS CONCLURE, OU : LE DEUXIEME REJET DU VIEILLARD

Trois notions se dégagent de ce chapitre :

1.- Le vieillard ne reste pas à l'Hôpital du fait de sa symptômatologie psychiatrique.

2. Nous avons la confirmation des "admissions assumées" chez les vieillards mariés, s'opposant aux "admissions-rejet" lorsque le demandeur est l'enfant ou la maison de retraite. Pas un seul vieillard venant d'un tel établissement n'est repris au bout des trois mois, quelque soit le groupe.

3.- A ce premier rejet : l'admission, fait suite un deuxième : la non-reprise du vieillard.
Tout se passe comme si l'entourage, après avoir "réglé" ses pulsions face au vieillard par l'admission à l'Hôpital, ne voulait pas tout remettre en question par son retour.
En fait, deux autres éléments conditionnent ce deuxième rejet :

- la culpabilité de la famille du fait du premier rejet, celle-ci voulant "oublier" le vieillard afin d'"oublier" celle-là.
- le nouveau milieu du vieillard : l'Hôpital psychiatrique : la famille se trouve en effet confronté non plus à une mais à ses deux plus grandes angoisses : sa vieillesse, et ses troubles mentaux.

IV. BILAN DE L'HOSPITALISATION OU LE TROISIEME REJET DU VIEILLARD

I.- AVANT-PROPOS

II.- BILAN CLINIQUE APRES UN AN D'HOSPITALISATION

III.- LE DECES DU VIEILLARD HOSPITALISE

IV.- LE VIEILLARD ET L'EQUIPE SOIGNANTE

V.- LE VIEILLARD ET LES AUTRES PENSIONNAIRES

VI.- LE VIEILLARD ET LES AUTRES VIEILLARDS

VII.- POUR NE PAS CONCLURE OU : L E T R O I S I E M E R E J E T

I.- AVANT-PROPOS

Après le profil de l'admission, véritable premier rejet du vieillard[1] ;
Après le profil du troisième mois ;
Un bilan de l'hospitalisation nous a semblé indispensable.

Nous nous sommes demandés

. quels étaient les symptômes somatiques et psychiatriques rencontrés au bout d'un an d'Hôpital ;
. où, comment et pourquoi mourrait un vieillard ayant été hospitalisé en milieu psychiatrique.

Nous ne cachons pas que cette étude constitue une introduction au problème de l'hospitalisme du vieillard dont une des questions capitales à nos yeux est de savoir quelle réponse nous donnons à cette situation :

Les rapports

. Equipe soignante-Sujet âgé
. Autres Pensionnaires-Sujet âgé
. Sujets âgé-Sujet âgé

ne sont-ils pas l'expression d'un troisième rejet du vieillard ?

---

(1) du moins pour les gr. b et c .

II.- BILAN CLINIQUE APRES UN AN D'HOSPITALISATION

1.- Principe

Notre enquête a porté sur les vieillards admis entre Janvier 1971 et Septembre 1971 afin d'avoir un an de recul.
Parmi ces 22 vieillards, on compte 7 décès à l'Hôpital et 5 sorties.
C'est donc sur 10 sujets que nous avons cherché à comparer :

. le nombre de symptômes médicaux et psychiatriques présents à l'admission, au 3ème mois et au bout d'un an d'hospitalisation. Nous prenons bien sûr la même base pour cette étude que dans les deux chapitres précédents.
. la nature des symptômes médicaux et psychiatriques, à l'admission, et au bout d'un an.

Quant aux activités du vieillard, il nous semble préférable de les étudier dans le chapitre des rapports Equipe soignante-Sujet âgé.

Il nous a semblé superflu de parler de "groupe d'admission" au bout d'un an d'hospitalisation.

2.- Résultats

a) 90 % des vieillards présentent au moins 2 symptômes psychiatriques au bout d'un an. Ce taux oscillait entre 40 et 60 % selon le groupe, au 3ème mois d'hospitalisation.

30 % présentent 4 symptômes psychiatriques et plus au bout d'un an.
Il est caractéristique de constater que ce taux est nul dans le groupe b et c aussi bien à l'admission qu'au 3ème mois.

80 % des vieillards présentent au moins 2 symptômes médicaux au bout d'un an. Ce taux oscillait entre 20 et 50 % selon le groupe au 3ème mois ; à l'admission, il était de 0 % dans le groupe a , 44 % dans le groupe c , et de 86 % dans le groupe b .

Il serait totalement erroné d'en conclure que le vieillard au bout d'un an d'Hôpital est plus ou moins comparable à ce qu'il était à l'admission dans le groupe b .

b) La comparaison des deux profils nous le prouve.

Sur le plan psychiatrique, on est frappé par la fréquence de 3 symptômes (70 % chacun) :
. l'état dépressif,
. la désorientation temporospatiale,
. la détérioration mentale.

Ce dernier taux, à l'admission, oscillait entre 18 et 40 %. Quant à l'agitation, fréquente à l'admission, (82 % dans le groupe a), elle a presque totalement disparu du tableau psychiatrique du vieillard hospitalisé pendant un an (10 %).

Sur le plan médical, 3 symptômes dominent :
. les troubles sphinctériens ..... 70 %
. les chutes ..... 60 %
. les troubles moteurs ..... 70 % des vieillards.

A l'admission, ces taux n'atteignaient pas 20 % dans les groupes a et c ; ils n'ont jamais atteint 70 % dans le groupe b .

Nombre de symptômes psychiatriques et non psychiatriques

Comparaison entre l'admission, le 3ème mois et le 12ème.

Nb. de symptômes		Admission			3ème mois			... au bout d'un an
		a	b	c	a	b	c	
Psychiatriques	0,1	9%	14 %	64 %	60 %	56 %	36 %	10 %
	2	18%	80 %	31 %	40 %	11 %	50 %	30 %
	3	18%	7 %	6 %	0 %	33 %	14 %	30 %
	4 & +	54%	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	30 %
	Total	99%	101 %	101 %	100 %	100 %	100 %	100 %
non psychiatriques	0,1	82%	14 %	56 %	80 %	45 %	57 %	20 %
	2	18%	14 %	25 %	20 %	33 %	29 %	30 %
	3	0%	27 %	6 %	0 %	11 %	14 %	30 %
	4 & +	0%	47 %	12 %	0 %	11 %	0 %	20 %
	Total	100%	102 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Nature des symptômes psychiatriques et non psychiatriques

comparaison entre l'admission et le 12ème mois.-

		Admission a	Admission b	Admission c	Un an
Troubles psychiatriques	Etat dépressif	73 %	40 %	25 %	70 %
	Agitation	82 %	27 %	19 %	10 %
	Désorient. TP.	73 %	47 %	44 %	70 %
	Détérioration mentale	18 %	40 %	25 %	70 %
	Fabulation	45 %	27 %	12 %	20 %
	Hallucinations	36 %	7 %	0 %	20 %
	Psychose délirante	0 %	7 %	0 %	10 %
	Autres symptômes	18 %	0 %	0 %	10 %
Troubles médicaux	Troubles sphinctériens	11 %	60 %	12 %	70 %
	Chutes	0 %	67 %	12 %	60 %
	Troubles card.resp.	9 %	27 %	6 %	10 %
	Troubles moteurs	0 %	67 %	6 %	70 %
	Autres troubles	9 %	47 %	12 %	20 %

3.- Conclusion

Vivant dans un centre médical et psychiatrique, le vieillard au bout d'un an, apparaît médicalisé et psychiatrisé.

La nature des symptômes est caractéristique :
admis pour agitation (du vieillard ou de l'entourage ...), le sujet âgé au bout d'un an, déprimé, apathique, présente trop souvent une certaine détérioration mentale.

On ne peut s'empêcher de se demander dans quelle mesure celle-ci n'est pas liée au milieu où la constatation est faite plus qu'à la détérioration elle-même. Tout se passe comme si les désirs inconscients de l'Entourage se réalisaient, le sujet âgé devenant tributaire du milieu dans lequel il se trouve rejeté.

La tendance à ne voir dans la pathologie gérontopsychiatrique que des variantes de la démence est alors parfaitement satisfaite.

On ne peut s'empêcher non plus de rapprocher de cette constatation le nombre impressionnant de décès (7 à l'hôpital pour 22 vieillards en un an).

III.- LE DECES DU VIEILLARD

1.- Principe

Parler des décès nous amène à poser 4 questions :

. quel est le nombre des décès ?
. où meurt le vieillard ayant été hospitalisé ?
. Quand meurt le vieillard ?
. De quoi meurt le vieillard ?

Nous avons compté les décès de TOUS les vieillards hospitalisés depuis Janvier 1971, même si le décès a eu lieu après la sortie définitive.

2.- Résultats

a) Quel est le nombre des décès ?

Durant les 19 mois de notre enquête, nous avons compté 12 décès sur les 42 vieillards (décès à l'hôpital et après la sortie).

Ce nombre qui apparaît d'emblée impressionnant, suffit à prouver les conséquences désastreuses d'une hospitalisation chez le vieillard, même lorsqu'elle est de courte durée.

Citons par analogie, les statistiques de mortalité de l'hospice d'une grande ville du centre de la France (1958-1960)(1) :
1er semestre : 45,7 % de décès - 1ère année : 54,4 % ...

---

(1) Statistique publiée dans "le troisième âge" (C. GUILLEMINAULT) Lab. HOCCHCT - In Vivo - Octobre 1971.

Nous avons gardé la classification des 3 groupes d'admission, puisque cette enquête porte sur TOUS les 42 vieillards.

Il apparaît clairement que les groupes b et c sont de loin les plus représentés : 42 % des décès dans chaque groupe.

Plus que l'hospitalisation elle-même, c'est sa signification qui conditionne le risque léthal.

Ainsi, durant les trois premiers mois, 3 vieillards du groupe b sont décédés (sur 15 sujets), alors qu'il n'y a pas de décès dans le groupe a .

b) où meurt le vieillard ?

La réponse est nette : en 12 mois, il y a 8 décès, dont 7 à l'Hôpital. Sur les 12 décès de notre enquête, 1/4 seulement eut lieu en dehors (3 décès). Parmi ces 3 décès, 2 font partie du groupe b .

c) quand meurt le vieillard ?

Il s'agit d'une question importante à nos yeux.
C'est en effet lors des CHANGEMENTS que l'on note le plus grand nombre de décès : 1/4 des décès à l'Hôpital eut lieu lors des 3 premiers mois. Certes, le nombre de vieillards suivi pendant 3 mois est maximum (42 vieillards). Au bout de 19 mois, seuls 5 sujets ont pu être suivis. Il n'en demeure pas moins qu'entre le 4ème et le 5ème mois (38 vieillards) on ne note qu'un décès.

Citons les statistiques de l'hospice déjà considéré : 28 % de décès dans le ler mois d'admission ; 17,5 % dans les 5 mois suivants (total : 45,7 %).

Il nous a paru intéressant de savoir à quel intervalle de la sortie, les vieillards décédés chez eux avaient quitté la vie.

Dans le groupe a : le seul décès eut lieu 17 mois après la sortie.

Dans le groupe b : 1 décès eut lieu 1 mois après avoir quitté le Centre, l'autre décès, 3 mois plus tard.

Plus encore que le changement, c'est la réponse de l'entourage à celui-ci qui semble fondamentale.

d) De quoi meurt le vieillard ?

Nous avons retenu 5 étiologies :

- . suicide
- . "évolution terminale cachectique"
- . évolution fatale d'une maladie organique
- . accident cardiovasculaire (mort brutale)
- . autre mort brutale.

Dans leur ensemble, on note la grande prépondérance des "évolutions terminales" (7 décès) et la fréquence des accidents cardiovasculaires (3 décès).

La comparaison des étiologies entre l'hôpital et le dehors montre une étonnante similitude :

parmi les 3 décès de l'extérieur, il existe en effet 2 "évolutions terminales" et "1 cause "médicale".

Par contre, il faut souligner que le groupe a (à l'hôpital ou au dehors) présente le plus de décès "médicaux" (2/3);

que le groupe b , possède les 3/4 des "évolutions terminales".

3.- Conclusion

Le décès du vieillard psychiatrisé apparaît comme l'aboutissement logique de son rejet.
Condamné à ressembler à la définition "négative" que lui donne son entourage, le sujet âgé du groupe b meurt d'une cause "négative". Ce n'est pas sans raison que les certificats de décès parlent "d'évolution terminale cachectique". Rarement trois mots évoquent aussi bien l'image péjorative de la vieillesse et de son aboutissement.

Un mot enfin sur le suicide du vieillard.

Nous n'avons aucun cas dans l'Etude. De là à prétendre que cette étiologie n'existe pas chez le vieillard serait parfaitement inexact : si lon considère le chiffre global des suicidés en France, il apparaît que 30 % ont dépassé les 60 ans.

Citons BATCHELOR : "... Le caractère radical des moyens autolytiques employés laissant peu de place au hasard providentiel, atteste de l'authenticité du désir de mort et entraîne une prédominance très nette du suicide réussi sur la tentative inachevée."

Nul doute qu'un an d'hôpital suffit bien souvent à supprimer chez le vieillard tout désir ...

Nombre de décès

	Nombre vieillards			Nombre décès total			Nombre décès au dehors		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c
3 mois	11	15	16	0	3	1	0	0	0
5 mois	10	13	15	0	0	1	0	0	0
7 mois	8	12	13	0	1	0	0	1	0
9 mois	7	11	10	1	0	1	0	o	0
11 mois	5	11	7	0	1	0	0	1	0
13 mois	4	10	6	0	0	0	0	0	0
15 mois	3	4	5	0	0	1	0	0	0
17 mois	3	1	4	1	0	0	0	0	0
19 mois	2	0	3	0	0	1	0	0	0

Causes des décès	Total des décès	gr.a	gr.b	Gr. c
Suicide	0	0	0	0
évol. fatale d'lmaladie	2	1	0	1
"évolution terminale cac.	7	1	3	3
acc. card. vascul.	3	1	1	1
autre mort brutale	0	0	0	0

IV.- LE VIEILLARD ET L'EQUIPE SOIGNANTE

Ne voir qu'un rejet de la part de l'entourage primitif du vieillard est parfaitement grotesque.
On comprend mal par quel processus miraculeux l'Equipe soignante sans cesse confrontée aux vieillards, échapperait à sa propre angoisse de vieillir.

En fait, à cette angoisse se heurtent les motivations de soigner, et de se trouver dans un milieu psychiatrique.
S'il existe un troisième rejet du vieillard, celui-ci est certainement plus complexe que les deux précédents.
C'est ce que nous avons tenté de montrer.

Que fait le vieillard pour l'Equipe ?
Plus qu'on ne croit.
Il met volontiers les couverts, débarasse, balaie.
On peut se demander quelle est la signification de ce travail subalterne dicté par l'EQUIPE dans la plupart des cas.
Est-ce un moyen de faire participer le vieillard à la vie de son nouveau milieu ?
Est-ce une façon détournée de le rejeter en l'occupant moins pour lui que pour soi ?
Activité essentielle du vieillard pour l'Equipe, les tâches ménagères constituent également l'activité essentielle du vieillard pour lui-même.

Que fait l'Equipe pour le vieillard ?
- Lorsque nous avons posé la question à l'Equipe infirmière, l'énorme ambivalence face à ce problème est immédiatement apparue :
Débutant sa journée à 6 heures, l'Equipe "commence par les vieux".
Pendant deux heures, parfois plus, elle ne s'occupera que d'eux, les levant, les lavant, le tout arrosé d'affectueux "pépé" ou "mémé".

Une fois le vieillard habillé, parfumé, conduit à la salle principale, l'Equipe passe à autre chose.

L'opération inverse débute vers 18 heures. A 19h.30, les "vieux sont couchés".

Deux notions se dégagent de cette réponse donnée à brûle pourpoint à notre question :

. d'une part, l'Equipe "oublie" de parler des relations continuelles qu'elle entretient nécessairement avec le vieillard pour ne parler que des deux extrémités ; le vieillard se lève et se couche.

. d'autre part, on ne peut s'empêcher de se demander si le fait de laver "les mémés" ne revient pas à se permettre de ne pas laver sa mémé ...

Tout se passe comme si l'Equipe rejetait son rejet de vieillir en faisant en tant que Soignant ce qu'elle refuse de faire en tant qu'Enfant.

En fait, le "rejet du rejet" ne se réalise pas seulement par le biais de l'étiquette de Soignant.
Le choix des rapports avec le vieillard en dehors des "corvées" est riche de sens ;
un vieillard marque-t-il une impatience à ne pas retrouver son chemin ? Il sera reconduit avec empressement à l'endroit désiré ;
une"grand-mère" a-t-elle une difficulté dans son tricot ? Une infirmière est là pour tout arranger ;
nous rapprochons de ces exemples la propreté exemplaire des sujets incontinents.

A cette face, s'oppose une autre :

Celle du vieillard inerte, qui confortablement installé dans un rocking chair de la salle principale, y restera jusqu'à la prochaine "corvée".

Celle aussi du dépressif, qui lavé, reconduit lorsqu'il se perd, restera aussi dépressif tout au long de la journée.
Il y a les "malades" d'un côté. Les vieillards de l'autre. Ne surtout pas confondre.

Réduit au rôle d'une mécanique, aseptisé, mis en bain-marie, le vieillard ne risque plus d'être une projection de notre propre angoisse de vieillir.

- Ceci est aussi net dans les relations Médecin-Sujet âgé.

Combien de fois avons-nous parfaitement "oublié" les vieillards sous prétexte d'avoir un Entrant, un entretient important, ou quelqu'autre bonne raison !

Mais un vieillard a-t-il des selles trop molles depuis 24 heures, qu'un véritable trouble apparaît parmi nous :
Dès notre arrivée dans le Service, chaque infirmier se doit de nous mettre sur le champs au courant de l'événement, avec un rien de reproche envers nous. Juste ce qu'il faut pour déculpabiliser.
Et nous de prendre immédiatement les mesures nécessaires en prescrivant le comprimé-miracle ... avec un rien de reproche envers l'Equipe. Juste ce qu'il faut pour déculpabiliser.

- Restent les rapports vieillard-psychologue, et vieillards-assistante sociale.

Les premiers sont pour le moins pauvres ...
Un mot toutefois sur les teste psychologiques. Bien souvent utilisés comme preuves matérielles de l'image négative que nous donnons à la vieillesse, ils n'ont jamais été effectués sur un sujet de 65 ans.
Peut-être est-ce une façon pour le psychologue de "rejeter son rejet" ?

Quant aux seconds, ils nous paraissent particulièrement importants. C'est l'assistante sociale qui tentera d'obtenir un placement en maison de retraite. C'est elle qui bien souvent a le mieux connu le vieillard avant son hospitalisation, ouvrant en quelque sorte vers le dehors. En fait, il est symptômatique de constater qu'une fois hospitalisé, le sujet âgé cesse d'être en contact direct avec l'assistante sociale qui travaille "par personne interposée". (le médecin en particulier).
Une fois sous cellophane, l'image de notre propre vieillesse passe mieux. Là encore, l'étiquette professionnelle permet de "rejeter le rejet".

Quant aux seconds, ils nous paraissent particulièrement importants. C'est l'assistante sociale qui tentera d'obtenir un placement en maison de retraite. C'est elle qui bien souvent a le mieux connu le vieillard avant son hospitalisation, ouvrant en quelque sorte vers le dehors. En fait, il est symptômatique de constater qu'une fois hospitalisé, le sujet âgé cesse d'être en contact direct avec l'assistante sociale qui travaille "par personne interposée". (le médecin en particulier).

Une fois sous cellophane, l'image de notre propre vieillesse passe mieux. Là encore, l'étiquette professionnelle permet de "rejeter le rejet".

V.- LE VIEILLARD ET LES AUTRES PENSIONNAIRES

Lorsque nous avons demandé à ces derniers pourquoi les sujets âgés pouvaient bien être hospitalisés, la majorité des réponses se résumait à ceci :

"parce-qu'ils sont trop vieux".

Il était rarement question d'autres troubles que le traditionnel gâtisme véritable concentré-mis-en-boîte de pathologie gériatrique. Improductif, gênant, le "trop" vieux est curieusement associé à l'Hôpital psychiatrique.

Nous avouons ne pas avoir poussé le débat jusqu'à demander ce que signifiait ce parallélisme...

N'allons surtout pas penser que le vieillard soit particulièrement rejeté par les autres pensionnaires.

Le contraste des relations

pensionnaire-"plus malade"

et pensionnaire-"plus âgé"

nous semble un point attirant.

Plus que quiconque, le pensionnaire d'un hôpital psychiatrique vit avec la double confrontation de sa vieillesse et de ses troubles mentaux.

Rejetant franchement le "plus malade", son attitude est plus nuancée envers le "plus âgé".

Nul doute que l'étiquette de "Soigné collée à chaque pensionnaire avec la plus ou moins grande complicité des "Soignants", soit pour beaucoup dans cette apparente contradiction.

S'occuper du vieillard est en effet une façon de "sauter la barrière". De "soigné", le voilà "Soignant".

On peut se demander pourquoi ne s'occupe-t-il pas plutôt du "plus malade".

Nous voyons à celà deux raisons :

. D'abord, nous ne nous occupons pas des vieillards. Le champs est libre.

. Ensuite, nous nous occupons trop des "malades".

Comprenons parlà, que nous voyons dans notre rôle de "Soignant" un privilège durement acquis, qu'il ne faut surtout pas partager, de peur de tout compliquer.

Prière de ne pas mélanger torchons et serviettes.

VI.- LE VIEILLARD ET LES AUTRES VIEILLARDS

Preuve flagrante du refus de notre propre vieillesse, la vieillesse rejette les vieillards.
Dans la salle commune, ils sont là, côte à côte. Ils s'ignorent. Chacun tente de s'adapter. Mais chacun pour soi.
Qu'une petite vieille emprunte un objet à sa voisine, et bien souvent une rixe éclate, nécessitant l'intervention d'une tierce personne.

Nous refusons de considérer un tel événement comme l'illustration de quelque symptôme typique de la senescence.
Nous renvoyons les amateurs d'inventaires descriptifs, à la panoplie des traits classiques dits de caractère de Dupré, illustrant assez parfaitement "notre répulsion naturelle de la vieillesse" (E. EY).

Formé à l'école de notre Société dont les critères sont la productivité et l'activité, le sujet âgé raisonne parfois encore en adulte jeune qu'il n'est plus, et rejette son nouveau profil comme son entourage primitif l'a fait, et comme son nouvel entourage, l'Hôpital, le fait.

VII.- POUR NE PAS CONCLURE OU : LE TROISIEME REJET DU VIEILLARD

Remoulé, rabotté, pomponné en série, pendulisé dans son rocking chair, le vieillard se balance entre deux alternatives :

. Se soumettre au "modèle culturel" créé par notre Société : inactif, dépendant, déclinant.

. Ou se trouver en désaccord avec son groupe social. On aura vite fait alors de puiser dans l'Annuaire des traits de caractères pour vieux, ce qu'il faut pour en faire un Insurgé, un insoumis, un insupportable.
N'est-il d'ailleurs pas dans un Hôpital psychiatrique ?

Certe, ce troisième rejet du vieillard est plus camouflé que les deux précédents.
L'Hôpital est une institution sérieuse.
L'Equipe soignante rejette son rejet tant mal que bien en s'appuyant sur ses motivations de Soignant.
Mais que veut dire soigner la vieillesse ?

Admis avec des symptômes divers, dont la plupart n'a rien de spécifique de la senescence, le vieillard, du fait de ce dernier rejet, est contraint au fil des mois à être vieux.

Hospitalisés pour ne plus exister, 35 % des vieillards sont morts durant les 18 mois, dont 75 % au Centre psychothérapique.

Mission accomplie.

V. CONCLUSION:

L'HOSPITALISATION DU VIEILLARD EN MILIEU PSYCHIATRIQUE OU LE TRIPLE REJET DU VIEILLARD

"Le vieillard affaibli rappelle l'enfant par la versatilité de l'humeur, la futilité et l'illogisme de ses joies, et de ses colères, les manifestations instinctives et cyniques de son égoïsme, la matérialité de ses appétits"

Dupré.

Partis d'une étude sur 42 vieillards hospitalisés dans le Service du Centre psychothérapique des Murets, nous avons posé le problème de notre angoisse face à la vieillesse que nous rejetons.

Des trois groupes d'admission au Centre, nous avons retenu un petit nombre de vieillards dont l'hospitalisation était assumée par l'entourage. C'est le groupe a caractérisé par la présence effective de celui-là, et surtout d'un conjoint de même âge.

A l'opposé, nous avons suivi un après l'autre, les trois rejets des sujets des autres groupes.

1 - rejet hors de notre Société que constitue l'admission du vieillard vivant chez ses enfants (groupe b) ou en solitaire misérable (groupe c). Souvent, un "placement d'office" contrastant violemment avec une quasi absence de troubles psychiatriques entérine la situation.

2 - oubli du vieillard hospitalisé par ceux-là même qui demandaient l'Internement ; véritable rejet du rejet de la part de l'entourage primitif qui refuse d'être confronté à sa propre vieillesse d'une part, à l'Hôpital psychiatrique et ses propres troubles mentaux d'autre part.

3 - rejet à l'intérieur même de l'Hôpital ; l'Equipe soignante, les pensionnaires d'âge moyen et les vieillards eux-mêmes, n'échappant pas à ce refus d'être vieux.

Deux questions nous viennent à l'esprit :

. Pourquoi l'Hôpital psychiatrique plutôt que la maison de retraite ?

Dans certains cas, l'existence de troubles psychiatriques justifie parfaitement l'admission. Il s'agit curieusement, nous l'avons constaté, des admissions les plus optimistes.

Dans d'autres cas, la raison financière(1) est certainement présente dans ce choix. En fait, toutes les couches sociales sont représentées. Ne voir qu'une question pécuniaire nous paraît vouloir simplifier singulièrement le problème.

Prenons le cas d'une famille aisée. Placer le vieillard en maison de retraite nécessite souvent de passer outre la réprobation de l'entourage étrangement uni pour condamner chez autrui les pulsions qu'il contient tant bien que mal chez lui.

L'hospitalisation "médicalise" l'opération et permet parfois de cacher le rejet aux autres comme à soi.

Le "placement d'office" ordonné par la Société dans le cas d'un vieillard solitaire ne nous semble pas différent de sens. Le prix de journée d'hospitalisation est pourtant largement supérieur à celui de la plupart des maisons de retraite.

L'entourage, absent, est remplacé par nous tous.

On peut se demander quelle est la signification d'un même placement pour certains "grands fous" et certains "grands vieillards", tous deux "condamnés" à être hospitalisés en milieu psychiatrique.

. Pourquoi rejeter notre vieillesse ?

La première raison qui vient à l'esprit, est que ce rejet cache celui de la mort.

Cela nous semble partiellement inexact, et nous permet de rejeter intellectuellement le rejet de la vieillesse.

---

(1) la Sécurité Sociale prenant en charge le vieillard

Notre attitude face à un malade cancereux est en effet bien différente. Certes, la mort d'un sujet cancereux est vécue bien plus comme la mort de l'Autre que la sienne. Chacun (surtout chez les Soignants) rejetant pour lui-même l'éventualité d'une telle affection.

Mais on peut se demander si finalement la différence de relation ne vient pas justement de la fin certaine à brève échéance qu'implique le diagnostic de néoformation et si, finalement, notre Société ne reproche pas au vieillard de rester vieux au lieu de mourir.

Bien des Sociétés ont vénéré, et vénèrent encore actuellement le sujet âgé. Autrefois exceptionnelle, la vieillesse représentait un privilège et portait le sceau de la sagesse et de la réussite seulement accordée à quelques uns.

La vieillesse se dévalorise en se généralisant.

Parallèlement, notre Société, basée sur la notion de productivité et d'action, se fait un "modèle culturel" du vieillard, improductif et inactif, qu'elle ne peut que rejeter.

Si l'on se réfère à la définition de la Santé mentale de la personne âgée proposée par la Fédération Mondiale de la Santé Mentale :
"épanouissement optimal des capacités de l'individu, compte tenu du cadre où il se trouve" ,
on se heurte bien vite à cette notion de "modèle culturel". Comme le dit très bien C. BALIER, il ne suffit pas que les "non vieillards" trouvent un nouveau statut de vieillesse. Ni d'ailleurs qu'un dialogue s'amorce entre les personnes âgées et la Société.

Il faut que le problème apparaisse à chacun comme un problème personnel avec un nécessaire retour sur soi.
Les difficultés de la vieillesse ne sont pas le fait de l'autre, mais une interrogation sur soi.

Une enquête de l'Union Nationale des Oeuvres Privées Sanitaires et Sociales a montré que :

. 72 % des personnes interrogées estiment qu'il faut multiplier les hospices ;
. 63 %, que ces établissements sont un milieu favorable pour le vieux ;
. 34 % envisageraient d'y placer un membre de leur famille, et
. 22 % d'y aller elles-mêmes le jour venu.

Une action d'Hygiène mentale du troisième âge passe nécessairement par la mise en cause de la place de la personne âgée dans la Société. Dépasser le rejet du vieillard. Parvenir à une véritable intégration, ce sont quelques uns des buts que se propose la "Gérontologie sociale", dominée aux Etats-Unis par les noms de TIBBITS et W.DONAHUE.

En fait, avec M. PHILIBERT, on peut se demander pourquoi depuis sa naissance en 1956, le terme de gérontologie "sociale" l'a emporté sur celui de "psycho sociale" ; pourquoi, dans la définition du mouvement donnée par TIBBITS, il y manque un point essentiel :

. certes, il parle de la Société à l'égard du vieillard,
. de l'influence sur leur comportement du contexte culturel et du statut social qui leur est réservé,
. inversement, des modifications de l'organisation sociale apportée par la population âgée,

"... Mais à aucun moment, il n'est question de conflits internes à la personne, d'inhibition de nature névrotique qui empêchent le vieillard de parvenir à un statut social et à un rôle, ou de les promouvoir" C. BALIER.

En 1970, le Ministre français de la Santé a réuni sous la présidence de BOURLIERE, un groupe d'études pour préciser les lignes directrices de la politique à adopter pour les personnes âgées.

Demandons-nous si les cinq rapports :
. Organisation hospitalière gériatrique,
. organisation gériatrique parahospitalière,
. formation des personnels,
. recherche,
. information des personnes âgées,
réunis sous le titre "Aspects médicaux du vieillissement" sont aussi une interrogation sur soi.

Vu le Président de la Thèse

Vu le Doyen de la Faculté

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

VI. BIBLIOGRAPHIE

NB. Il est hors de question d'établir une bibliographie exhaustive de la Gérontopsychiatrie, mais seulement de citer les références ayant eu une influence directe ou indirecte sur notre étude.

1.- AUROUSSEAU P. Le vieillard, l'hospice et la mort.
Presse médicale 75 1967 p. 110

2.- BALIER C. L'intervention du psychiatre en Gérontologie.
Rev. Fr. Géront. Juin 1966 XII n° 3 p.165-168

3.- BALIER C. Les états névrotiques chez les personnes âgées.
Gaz.Méd.Fr. Juin 1968 75 n° 16 p.3415-3420

4.- BALIER C. Hygiène mentale du troisième âge.
Enc. Méd. Chir. 1969 37960 G10

5.- BARUK H. Gériatrie psychiatrique.
Inf. Psy. 1958 34 4 p.249-257

6.- BARUK H. Congrès de Gérontologie de 1954.
Prog. Méd. n° 7 10 24 Avril 1955

7.- BENOISTON J. Les internements évitables.
Inf. Psy. 1957 33 4 p. 187-218

8.- BENOISTON J. GEST-CREACH L'internement abusif des vieillards
Ann.Méd.Psy. Juin 1955 2 1 p.53-59

9.- BIRREN JE. Hand book of aging and the individual, psychological and biological aspects.
Univ. Chicago Press. Edit. 1959

10.- BONVALET. ACHARD.M. Réflexions sur l'internement des vieillards
Inf. Psy. 1958 2 p. 103-114

11.- BOUCHON JP. Quand faut-il ne pas hospitaliser un vieillard ?
Perf. Perm. Prat. n° 43. 15 Sept. 1970 p.47-50

12.- BOUQUET R. Facteurs étiologiques médicaux et sociaux de l'hospitalisation des malades âgés dans les services de Psychiatrie.
Ann. Méd. Psychol. Avr. 1963 121 4 p.549-562

13.- BOURGES J. Contribution à l'étude de la sénescence par l'examen psychologique de personnes âgées résidant en hospice.
Maroc méd. 50 p. 113-116 1970

14.- BOURGET M. Le centre de gériatrie dans la Politique de Santé.
L'Hôpital de Paris. 1970. 65 Sept. Octo. p.591-592

15.- BOURLIERE Longévité et milieu : le rôle des facteurs écologiques dans le processus de sénescence.
Rev. Prat. Mars 1966 16 n° 8 p.973-984

16.- BOURLIERE. CENDRONH. CLEMENT F. Le vieillissement individuel dans une population rurale française.
Centre Gérontol. Cl. Bernard, Paris, 1955

17.- BOURLIERE Progrès en Gérontologie
Flammarion 1969, Paris

18.- BRETON G. Hospitalisation des vieillards en milieu psychiatrique, déterminisme des affections mentales
Thèse de Médecine. Lyon 1966 n° 208

19.- BUISSON JJ. A propos de quelques problèmes du vieillissement
Thèse de Médecine Paris 1961 n° 876

20.- BURGESS EW. Aging in Western societies. A comparatives survey.
Univ. Chicago Press. Edit. 1960

21.- BURVILL PW Consecutive psychogeriatric admissions to psychiatric and geriatric hospitals
Geriatrics 1971 26 5 p.156-168 May.

22.- BROCKLEHURST The Geriatric Day Hospital
London King Edward's Hospital 1970

23.- CHAPUY P. Initiation à la Gérontologie ; 1971
Simep Editions, Villeurbanne

24.- CHATAGNON PA. Problèmes posés par l'assistance aux personnes âgées
Inf. Psy. 1961 37 10 p.596-608

25.- CIOMPI L. LAI G. Dépression et vieillesse. Etudes catamnestiques sur le vieillissement et la mortalité de 555 anciens patients dépressifs.
1 VOLUME. "Problèmes actuels en psychiatrie", 2
Hans Huber Edit. Berne et Stuttgart 1969

26.- CNRS. Le vieillissement des fonctions psychologiques et psycho-physiologiques.
Colloques internationaux du CNRS. Paris 1961

27.- CONVERT F. Contribution à l'étude de certains problèmes de géronto-psychiatrie et perspectives d'avenir
Thèse de Médecine, Lyon 1963

28.- CUMMING E. HENRY WE. Growing old.
Basic books. New York, 1961

29.- CUNY G. TENETTE . PERRIN. Modalités, résultats de la rééducation et réadaptation des personnes âgées
Rev. Prat. XXII n° 2 11 Janv. 1972 p.202

30.- DARCOURT G. LAVAGNA J & COLL. L'avenir vu par le vieillard en maison de retraite. Premiers résultats d'une enquête psycho-sociale.
Société de psychiatrie de Marseille et Sud EST médit.
12 Avr. 1967 Ann. Méd. Psy. 2 1 146 1967

31.- DAVIES GV. Les malades gériatriques dans un Hôpital mental
Méd. J. Australia 6 Février 1965 52 p.181-184

32.- DEDIEU ANGLADE Peut-on retarder ou éviter l'hospitalisation des malades mentaux âgés ?
Rev. Fr. Géront. 1962 8 p. 91-93

33.- DEDIEU ANGLADE Conditions de l'aide aux personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques
Rev. Fr. Géront. 1962 8 numéro spéc. p.85-90

34.- DEDIEU ANGLADE Les névroses d'involution
Thèse Paris 1961

35.- DE LAPERRIERE N. Attitude des pensionnaires à l'égard de leur vie dans un hospice
Rev. Fr. Géront. 14 1 p.11-41 Janv. Fév. 1968

36.- DELORE P. ARNAUD P. Motif d'hospitalisation des malades âgés de plus de 65 ans.
Rev. Lyon. 1957 6 14 p.1271-1273

37.- DE MEURON M. Contribution à l'étude de la "mobilité" et du "sédiment" dans un hôpital psychiatrique.
Med. Hyg. 25 792 p. 897-900 Sept. 1967

38.- DONAHUE W. Education for later maturity.
Morsaw, Edit. New York 1955

39.- ELFRIEDE ALBERT Observations psychiatriques de malades âgés, récemment admis dans un hôpital régional.
Psy. Neuro. 1965 150 3 p. 141-160

40.- revue ESPRIT Vieillesse et vieillissement
Numéro spécial, Mai 1963

41.- ETUDES ET CONJONCTURES Quelques résultats concernant les conditions de vie des personnes âgées
n° 1 PUF. Edit. 1962

42.- GAUDIN G. Contribution à la gériatrie psychiatrique. Enquête préliminaire menée dans le département de la Loire sur les conditions socio-économiques de l'internement du vieillard
Thèse de Médecine Lyon 1963 n° 16

43.- FERGUSON-ANDERSON W. The preventive aspect of mental disorders in the elderly
Denmarks Apotheker forening Copenhague 1966

44.- Gérontologie 1970 Politique de la vieillesse
Edit. et Promot. 64 Avenue Parmentier Paris

45.- GILLON JJ. L'âge et l'emploi
Conc. Méd. 6 Janv. 1968 90 n° 1 p.99-105

46.- GIRARD GR. Problèmes de l'internement des vieillards dans les hôpitaux psychiatriques
Thèse de Médecine, Lyon 1957 n° 185

47.- GROTJAHN M. Psycho-thérapie analytique des gens âgés
Psychanalyse n° 26 PUF. Edit. Paris 1956

48.- GRUENBERG EM. A MENTAL health survey of older peopel
State hospital press. Edit. Utica New York 1961

49.- GUILLEMINAULT C. Le troisième âge ; problèmes médicaux et socio-économiques
In vivo n° 28 Oct. 1971 Lab. HOECHST

50.- HACQUARD M VIRY R TOUVENOT P Le placement des vieillards dans les hôpitaux psychiatriques
Ann. Méd. Nancy Sept. 1962 1 p.499-502

51.- HALSALL Geriatric problems
British Med. Jour. 1961 2 p.1768

52.- HERBERT E. JACOBSON Admissions gériatriques à l'hôpital psychiatrique
Brt. J. Psy. 1966 112 487 p. 589-594 Juin

53.- HERBEUVAL R. CUNY G. Les loisirs et les occupations du vieillard en milieu hospitalier
Rev. Fr. Geront. Février 1960 p. 61-64

54.- HOENIG. HAMILTON New aspects of the mental health service
Oxford Pergamon Press 1967 p. 612

55.- HOUSER M. Plan pour une étude : perspectives thérapeutiques et "d'assistance" en géronto-psychiatrie
Cahiers Méd. Lyon 46 34 p.2757-2764 Oct. 1970

56.- HUET JA. De l'hospice à l'unité gériatrique
Rev. Fr. Géront. 13 6 p.349-359 Nov. Déc. 1967

57.- HUET JA. Problèmes économiques découlant de l'encombrement des hôpitaux psychiatriques par les vieillards
Hyg. Ment. Janv. Fév. 1962 51 n° 1 p.5-11

58.- HUET JA. La créativité au cours du troisième âge
Hyg. Ment. Mars Avr. 1965 54 p. 33-48

59.- HUET JA. Projet de création d'un institut de préparation et d'organisation de la retraite
Rev. Fr. Géront. Févr. 1967 (XII n° 1) p.57-60

60.- HUET JA. Problèmes de l'hospitalisation des personnes âgées
Rev. Fr. Géront. 14 3 p.163-164 Mai Juin 1968

61.- HUGONOT Grandes lignes de la gérontologie sociale française
Rev. Prat. XXII n° 2 11 Janv. 1972 Suppl.

62.- HUNTER W Education de la préparation à la retraite
Gériat. Nov. 1960 15 n° 11 p.793-800

63.- IEOF Personnes âgées et opinion publique
Sondages 1-3-4 1961 1962

64.- Inspection générale des Affaires sociales : Les vieillards invalides. Semaine médicale 1970 46 16 p.303-310

65.- Institut national d'études démographiques. Enquête sur le mode de vie et les besoins des citadins âgés.
Paris 1964

66.- Institut national d'hygiène. Enquête sur les conditions de vie des personnes âgées.
Bull. Janv. Fév. 1962

67.- I.N.S.E.E. et Préfecture de la Seine : les personnes âgées dans le département de la Seine.
Impr. Munic. Hôtel de Ville. Paris 1962

68.- ISAACS B. Geriatrics patients ; do their families care ?
Brit. Med. J. 1971 30 Oct. 4 p. 282-285

69.- ISAACS The survival of the unfittest.
London Routledge 1972

70.- JEFFREYS D. Utilization of member volonteer as communauty organiser in a retiree organization
Congrès Intern. Gérontol. Vienne 1966

71.- JUNOD JP. TISSOT R. VAZIRI H. L'hôpital de personnes âgées en milieu psychiatrique.
Med. et Hyg. 6 Mai 1964 22 n° 640 p. 405-407

72.- KAY D.W. RoTH M. Physical illness and psychological and social factors in the psychiatric disorders of old age.
Troisième Congrès intern. Psy. Montréal 1961

73.- KAY DW. ROTH M. Old age mental disorders in Newcastle upon Tyne
Part one : a study of prevalence
Brit. J. Psy. Mars 1964 110 p.146-158
Part 2 : A study of possible social and medical causes
Brit. J. Psy. Sept. 1964 110 p. 668-682

74.- KIDD. CB. Erreurs d'aiguillage dans l'hospitalisation du sujet âgé. Etude des malades admis dans les hôpitaux psychiatriques.
Brt. Med. 8 Déc. 1962 n° 5318 p. 1491-1495

75.- KLEEMIER RW. Aging and leisure.
Oxford Univ. Press Edit. New York 1961

76.- KRAPF EE. Influence des facteurs affectifs sur certains caractères attribués au vieillissement
Pro. Roy. Soc. Méd. Nov. 1953 46 p.957-964

77.- LABHARDT L. Die psychiatrie des Alters
1 Volume. Karger edit. Bâle 1970

78.- LAI G. L'évolution psychodynamique des patients déprimés dans la sénescence.
Evol. Psy. Janv-Mars 1968

79.- LEMPERIERET et JULLIEN P. Le suicide du vieillard
Rev. Prat. XXII 12 21 Avril 1972 p.1955-1960

80.- LOWENTHAL MF. Lives in distress
Basic books 1964 N.York

81.- LOWENTHAL MF. Antecedents of isolation and mental illness in old age.
Arch. Gen. Psy. Mars 1965 12 p.245-254

82.- LUGAND A. La situation dans un hospice de l'Isère
Rev. Alcool. Janv-Mars 1969 15 1 p.61-63

83.- MATHE A. L'isolement psychosocial du vieillard
Congrès Intern. Géront. Vienne 1966

84.- MINKOWSKI E. Aspects psychologiques de la vieillesse
Evol. Psy. 1951 16 1 p. 49-72

85.- MIGNOT H. GRIMBERG L. Les vieillards à l'hôpital psychiatrique
Inf. Psy. 1958 34 2 p. 95-102

86.- MONFRAIS J. Inventaire des conditions actuelles d'hébergement des personnes âgées et solutions souhaitables. XIXème Congrès nation. Malbuisson Sept. 1969

87.- MOUSSAC (de) O. Remarques sur la vie des personnes âgées en collectivités
Rev. Fr. Géront. 1967 XIII n° 1 p.15-20

88.- MULLER P. STENHOUVER B. CHEVAT H. Le vieillard malade devant la législation sociale
Lille Med. 1968 13 10 p.1151-1156

89.- MULLER P. Des malades séniles peuvent-ils quitter l'hôpital psychiatrique ?
Méd. Hyg. 6 Mai 1964 22 n° 640 p. 407-408

90.- NACHT S. DIATKINE E. Psychanalyse et sociologie
Rev. Fr. Psychan. Mars Avr. 1957 21 n° 2 p.244-282

91.- PACAUD S. Influence conjuguée de l'âge et du niveau d'instruction sur le déclin des fonctions psychologiques.
Hyg. Ment. Mars Avril 1965 54 n° 2 p.49-70

92.- PACAUD S. LAHALLE MO. ATTitudes, comportements, opinions des personnes âgées au sein de la famille moderne.
Monographies du C.N.R.S. 1970

93.- PAILLAT P. Sociologie de la vieillesse
P.U.F. Paris 1963

94.- PAILLAT P. Le degré d'isolement des Français âgés.
Congrès Intern. Géront. Vienne 1966

95.- PAILLAT P. Les moyen d'existence des personnes âgées
Population 1965 15 1 p. 9-24

96.- PANAYOTOPOULOS D. Influence du milieu hospitalier psychiatrique sur l'évolution des troubles mentaux séniles.
Hyg. Ment. 1962 51 1 p. 13-24

97.- PEQUIGNOT H. CHRISTOFOROV B. Problèmes de gérontopsychiatrie dans un service de Médecine générale.
Conc. Méd. 1969 91 23 7Juin

98.- PERGEAUX Y. Les salariés devant la retraite.
Rev. Fr. Géront. Fév. 1967 XIII n° 1 p.43-44

99.- PHILIBERT M. L'essor de la gérontologie sociale aux Etats-Unis.
Edit. Grenoble Mars 1968

100.- Politique de la vieillesse. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse.
Docum. Fr. Paris 1962 p.438

101.- PONS-VIGNON B. Organisation du temps de retraite et action sociale
Rev. Fr. Géront. XV n° 5 Spt. Oct. 1969 p.309-313

102.- POSTEL J POSTEL M. Possibilités d'adaptation du vieillard sur le plan psychoaffectif.
Rev. Fr. Géront. 1962 8 6 p. 513-519

103.- POSTEL JM. Prévention des défaillances psychiques des vieillards
Ann. Méd. Psy. 1961 2 p. 833-848

104.- REBOUL H. PEILLET J. FREYSSENET MG. L'hospitalisation psychiatrique des sujets âgés.
Rev. Hyg. Def. Soc. 18 4 p.455 1970

105.- RIFFAT G. GAUDIN G. Enquête sociale et médicale sur les maladies de l'hospice.
Rev. Lyon. Méd. 1961 10 3 p.141-145

106.- RIFFAT G. GAUDIN G. Le vieillard et son contexte psychologique et social.
Rev. Hyg. et Med. Soc. 1964 12 2 p.107-134

107.- SAUVY A. Le vieillissement démographique
Rev. Int. des Sc. Soc. PARIS UNESCO 1963
XV 3 p.371-380

108.- SHANAST E. Responsabilités familiales dans la santé des personnes âgées
E. of Geront. 1960 15 n° 4 p.408-411

109.- SEBILLOTE LH. Problèmes du couple vieillissant
XIIème semaine de médecine de la personne
Soisy-sur-Seine Juill. 1965

110.- THOMAE H. Vieillissement et problèmes d'adaptation
Rev. int. Sc. Soc. Paris UNESCO 1963
XV 3 p.381-392

111.- TIBBITS C. Gérontologie Sociale: Ses origines, sa portée, ses tendances.
Rev. Int. Sc. Soc. Paris UNESCO 1963
XV 3 p. 353-370

112.- TIBBITS C. Handbook of social gerontology, social aspects of aging.
Univ. Chicago Press 1960

113.- TOWNSEND P. The family life of old people.
Rontledge and Kegan edit. Londres 1957

114.- VERNON DAVIES G. Admissions gériatriques des femmes dans un hôpital mental.
Med. J. Australia 21 Août 1965 52-11 n° 8
p.309-312

115.- VIGNALOU J. DOnnées concernant le terrain des personnes âgées
Cah. Reed. Read. 1970 5 6 p.109-210

116.- VIGNALOU J. BECK H. Etat actuel et perspectives de la gériatrie en France.
Rev. Prat. XXII n° 2 11 Janv. 1972 p.137-148

117.- WANKLIN JM. EGENER KM. BUCK C. HOBBS GE. Etude comparée des vieillards internés dans les hôpitaux psychiatriques et de ceux internés dans les maisons de retraite.
J. of Geront. Janv. 1958 13 n° 1 p. 60-69

118.- WHITEHEAD & ANTHONY In the service of Old age ; the welfare of psychogeriatric Patients
1 Volume Penguin Books Baltimore 1970.

TABLE DES MATIERES

I.- INTRODUCTION

Pages

. Certificats d'hospitalisation d'une femme de 65 ans 2
. Pourquoi cet âge-clé de 65 ans ? 3
. Proportion des plus de 65 ans dans le Service ; comparaison avec l'ensemble de la Population 3
. Les trois phases du rejet ; exposition des 3 chapitres 5

II.- PROFIL DE L'ADMISSION DU VIEILLARD OU : LE 1er REJET

I.- CLASSIFICATION EN 3 GROUPES 9
. admission "optimiste" (gr. a)
. "charge intolérable pour l'entourage" (gr. b)
. "besoins de base insuffisants" (Gr. c)

II.- EXAMEN D'ENTREE 13
Etude comparée des trois groupes d'admission
. Principe 13
. Résultats 14
Conclusion 14

III.- QUI DEMANDE L'HOSPITALISATION 18
Etude comparée des trois groupes d'admission
. Principe 18
. Résultats 18
. Conclusion 21

Les 3 relations :

- admission "optimiste"-demandeur "conjoint"
- "charge intolérable"-demandeur "enfant" ou"maison de retraite
- "besoins de base insuffisants"-demandeur "voisin, ami, hôpital général"

Pages

Les 2 relations :

- admission "optimiste"-homme
- admission "charge"-femme

IV.- LE MILIEU QUE QUITTE LE VIEILLARD 24
Etude comparée des trois groupes d'admission
. Principe 24
. Résultats 24
. Conclusion 24

Le logement
La situation familiale et personnelle

V.- LE PLACEMENT DU VIEILLARD HOSPITALISE 28
Etude comparée des trois groupes d'admission
. Principe 28
. Résultats 28
. Conclusion 29

Les 3 relations :

- placement libre-admission "optimiste"
- placement volontaire-admission "charge"
- placement d'office-"besoins de base insuff."

Le contraste entre le placement et la symptômatologie (inversement proportionnels)

VI.- L'AGE ET LES ANTECEDENTS DU VIEILLARD 32
Etude comparée des trois groupes d'admission
. Principe 32
. Résultats 32
. Conclusion 33

Leur similitude dans les trois groupes

VII.- LA DATE D'ADMISSION DU VIEILLARD 36
Etude comparée des trois groupes d'admission

Pages

. Principe 36
. Résultats 36
. Conclusion 37

La régularité des admissions dans le gr. a ,
La fréquence des admissions durant les mois d'été dans le gr. b ,
Leur fréquence durant les mois froids dans le gr. c .

VIII.- POUR NE PAS CONCLURE OU : LE 1er REJET DU VIEILLARD 39

L'admission "assumée" du groupe a ,
Les admissions "rejet" des groupes b et c,
dans le groupe b : le conjoint ou l'enfant se trouvent confrontés à l'image de la vieillesse qu'ils refusent pour eux-mêmes.
dans le groupe c : la Société, par le placement d'office, rejette le vieillard à la place de l'entourage.

III.- PROFIL DU VIEILLARD EN COURS D'HOSPITALISATION (fin 3ème mois) OU :

LE 2ème REJET.-

I.- AVANT-PROPOS 42

II.- QUI RESTE A L'HOPITAL AU BOUT DE TROIS MOIS ? 43
Etude comparée des trois groupes d'admission
. Principe 43
. Résultats 43
. Conclusion 45

III.- POURQUOI LE VIEILLARD RESTE-T-IL A L'HOPITAL ? 46
Etude comparée des trois groupes d'admission
. Principe 46
. Résultats 46
. Conclusion 53

Pages

La sortie du vieillard ne dépend pas de sa symptômatologie clinique, d'ailleurs bien souvent proche de la normale. Importance de l'entourage. Les sortants sont des gens mariés ayant un enfant dans la région.

IV.- LES VISITES AU VIEILLARD 54
Etude comparée des trois groupes d'admission
. Principe 54
. Résultats 55
. Conclusion 70

Les visites régulières du groupe a ;
Le grand "trou" dans les visites au groupe b , suivi d'une reprise et d'une courbe décroissante. Les raisons;
L'approche constante du zéro dans la fréquence des visites au groupe c .

V.- POUR NE PAS CONCLURE OU : LE 2ème REJET DU VIEILLARD 71

Le vieillard ne reste pas à l'Hôpital du fait de sa symptômatologie psychiatrique ;
à l'admission-rejet correspond une hospitalisation-rejet ;
l'entourage se trouve confronté, non plus seulement à l'angoisse de sa vieillesse, mais à celle de ses troubles mentaux ; (du fait du nouveau milieu du vieillard) ;

IV.- BILAN DE L'HOSPITALISATION OU : LE 3ème REJET DU VIEILLARD 72

I.- AVANT-PROPOS 73

II.- BILAN CLINIQUE APRES UN AN D'HOSPITALISATION 74
Principe 74
Résultats 74
Conclusion 79

Pages

La psychiatrisation et la médicalisation du vieillard ;
notre tendance à ne voir dans la pathologie gérontopsychiatrique que des variantes de la démence, parfaitement satisfaite.

III.- LE DECES DU VIEILLARD 80
Etude comparée des trois groupes d'admission
. Principe 80
. Résultats 80
. Conclusion 83

Le décès apparaît comme l'aboutissement logique du rejet du vieillard.

IV.- LE VIEILLARD ET L'EQUIPE SOIGNANTE 85
. Que fait le vieillard pour l'Equipe ? 85
. Que fait l'Equipe pour le vieillard ? 85

Les relations :
- infirmiers-sujets âgés
- médecins-sujets âgés
- psychologue-sujets âgés
- assistante sociale-sujets âgés

V.- LE VIEILLARD ET LES AUTRES PENSIONNAIRES 89

Le contraste des relations :

- pensionnaire-"plus âgé", et
- pensionnaire-"plus malade"

VI.- LE VIEILLARD ET LES AUTRES VIEILLARDS 91

VII.- POUR NE PAS CONCLURE OU : LE 3ème REJET DU VIEILLARD 91

Les deux alternatives du vieillard ;

Pages

Le vieillard est condamné à être "vieux" ;
L'Equipe soignante, ses motivations, et le rejet du vieillard ;
"le rejet du rejet".

V.- CONCLUSION: L'HOSPITALISATION DU VIEILLARD EN MILIEU PSYCHIATRIQUE
OU : LE TRIPLE REJET DU VIEILLARD 93

VI.- BIBLIOGRAPHIE 99

E R R A T A

Page 3, ligne 10, lire : le 30/6/72 au lieu de : 31/6/72.

Page 85, ligne 14, lire : débarrasse au lieu de : débarasse.

Page 91, ligne 3, lire: les vieillards rejettent ... au lieu de : la vieillesse rejette les vieillards.